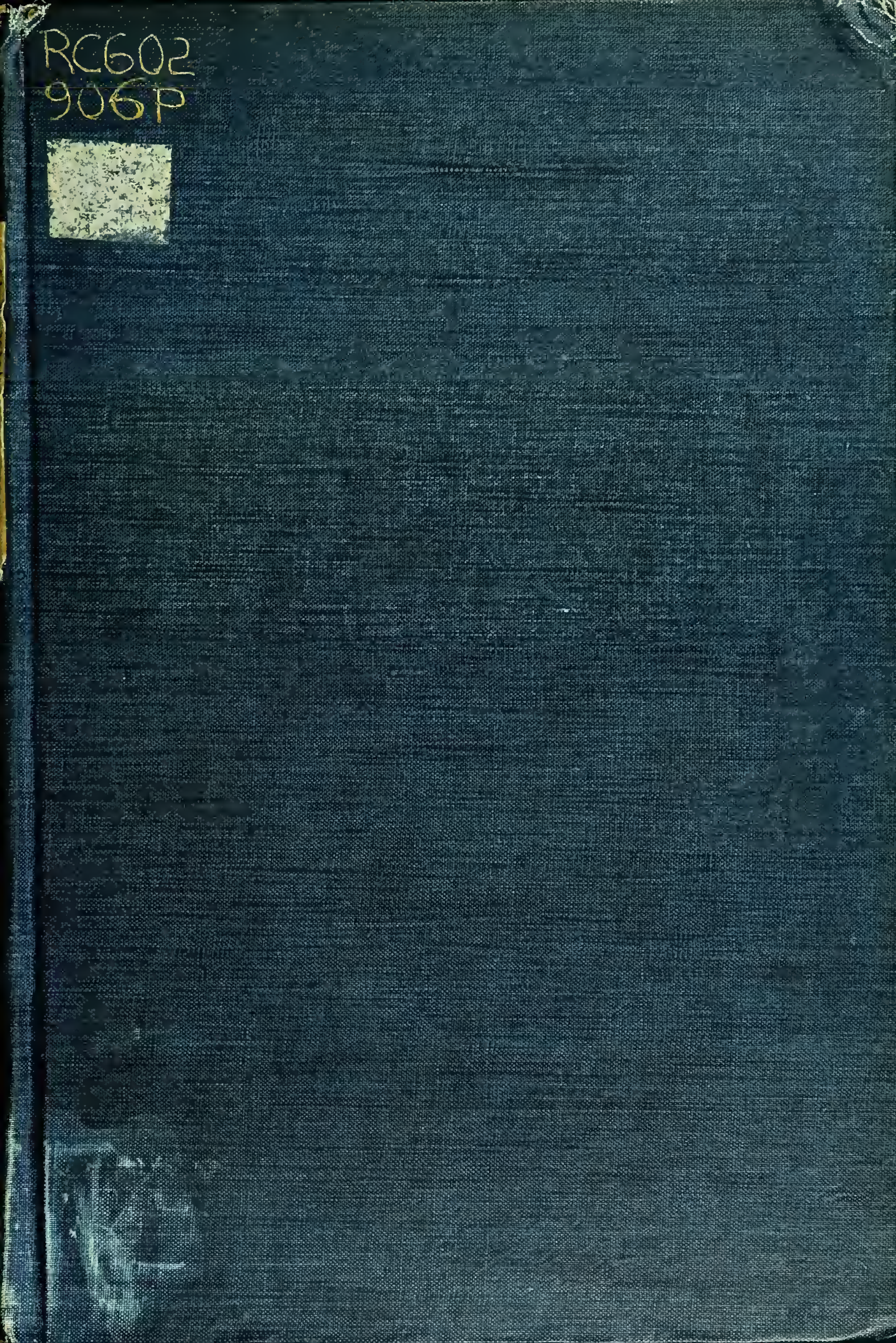
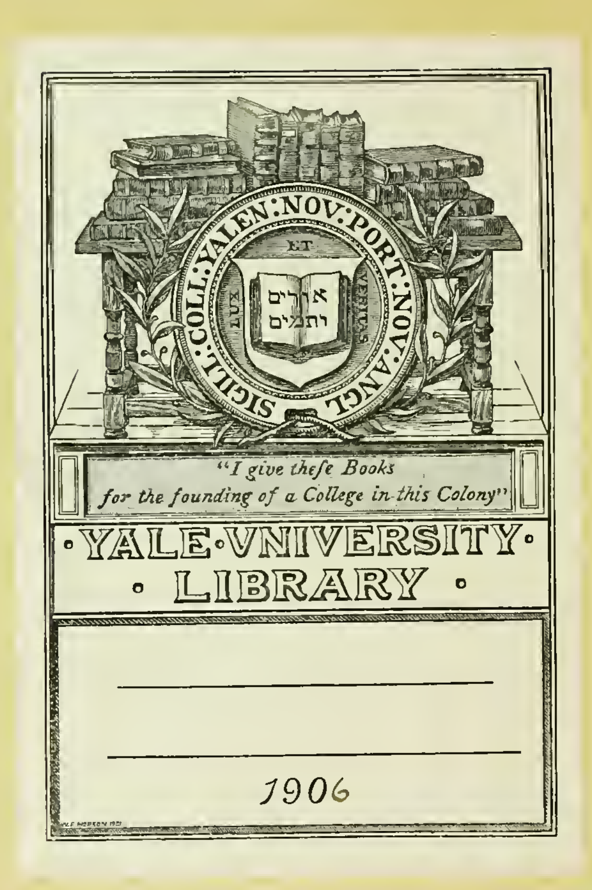

RC602
906P



TRANSFERRED TO
YALE MEDICAL LIBRARY

BEITRAG

ZUR

VERGLEICHENDEN RASSEN-PSYCHIATRIE

VON

DOZENT DR. ALEXANDER PILCZ
SUPPL. VORSTAND DER K. K. I. PSYCHIATR. UNIVERSITÄTSKLINIK
IN WIEN.

LEIPZIG UND WIEN.
FRANZ DEUTICKE.
1906.

Verlags-Nr. 1202.

1904 und 1905 sind neu erschienen:

Alt, Doz. Dr. Ferd., **Über Melodientaubheit und musikalisches Falschhören.** Preis M. 2.—

Arbeiten aus dem Neurologischen Institute (Institut für Anatomie und Physiologie des Zentralnervensystems) **an der Wiener Universität.** Herausgegeben von Prof. Dr. Heinrich Obersteiner. Bd. X—XII. Preis pro Band M. 25.—
(Bd. I—X auf einmal bezogen statt M. 175.— nur M. 135.—.)

Bottazzi, Prof. Dr. Ph., **Physiologische Chemie** für Studierende und Ärzte. Deutsch von Prof. Dr. H. Boruttau. Zwei Bände. Preis pro Band M. 8.—

Breus, Prof. Dr. C. und Kolisko, Prof. Dr. A., **Die pathologischen Beckenformen.** I. Band. 2. Teil: Riesenbecken, Rhachitisbecken und Dimensional-Anomalien. Mit 100 Abbildungen im Text. Preis M. 15.—
(Früher erschienen: I. Band: 1. Teil: Allgemeines, Mißbildungs-, Assimilations- und Zwergbecken. Mit 116 Abbildungen im Text. Preis M. 14.—
III. Band. I. Teil: Spondylolisthesis-, Kyphosen-, Skoliosen- und Kyphoskoliosen-Becken. Mit 96 Abbildungen im Text. Preis M. 14.—.)

Büdinger, Dr. K., **Die Einwilligung zu ärztlichen Eingriffen.** Preis M. 2.—

Chiari, Prof. Dr. O., **Die Krankheiten der oberen Luftwege.** III. Teil: Die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre. Mit 265 Abbildungen. Preis M. 10.—
(Früher erschienen: I. Teil: Die Krankheiten der Nase. Mit 37 Abbildungen. Preis M. 7.—. II. Teil: Die Krankheiten des Rachens Mit 118 Abbildungen und einer Tafel. Preis M. 8.—.)

Czerny, Prof. Dr. Ad. und Keller, Doc. Dr. A., **Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie.** Ein Handbuch für Ärzte. I. Band. Mit 60 Abbildungen im Text und 15 Tafeln. Preis M. 24.—

Finger, Prof Dr. E., **Die Blennorhöe der Sexualorgane und ihre Komplikationen.** Mit 36 Abbildungen im Text und 10 lithogr. Tafeln. Sechste, wesentlich vermehrte und verbesserte Auflage. Preis M. 12.—

Fließ, Wilhelm, **Der Ablauf des Lebens.** Grundlegung zur exakten Biologie. Preis M. 18.—

Freud, Prof. Dr. S., **Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie.** (Die sexuellen Abirrungen. — Die infantile Sexualität. — Die Umgestaltungen der Pubertät.) Preis M. 2.—

Frey, Dr. H., **Über die spezifische Behandlung der Tuberkulose.** (Tuberkulin- und Serumtherapie). Preis M. —.80

Frühwald, Prof. Dr. Ferd., **Kompendium der Kinderkrankheiten.** Ein praktisches Nachschlagebuch für Studierende und Ärzte. Mit 165 Abbildungen. Preis M. 12.—

Fuchs, Dr. Alfred, **Die Messung der Pupillengröße und Zeitbestimmung der Lichtreaktion der Pupillen bei einzelnen Psychosen und Nervenkrankheiten.** Mit 14 Abbildungen im Text und 6 Tafeln. Preis M. 5.—

Fuchs, Prof. Dr. Ernst, **Lehrbuch der Augenheilkunde.** Mit 347 Abbildungen. Zehnte, vermehrte Auflage. Preis M. 14.—

Fürth, Dr. E., **Die rationelle Ernährung in Krankenanstalten und Erholungsheimen.** Mit 3 lithogr. Tafeln. Preis cr. M. 3.—

Grassberger, Doz. Dr. R. und Schattenfroh, Prof. Dr. A., **Über das Rauschbrandgift und ein antitoxisches Serum.** Mit einem Anhang „Die Rauschbrand-Schutzimpfung". Preis M. 3.—

Grassberger, Doz. Dr. R. und Schattenfroh, Prof. Dr. A., **Über die Beziehungen von Toxin und Antitoxin.** Preis M. 3.—

Hochsinger, Dr. Karl, **Studien über die hereditäre Syphilis.** II. Teil: Knochenerkrankungen und Bewegungsstörungen bei der angeborenen Frühsyphilis. Mit 69 Abbildungen im Text und 9 lithogr. Tafeln. Preis M. 25.—
(Früher erschienen: I. Teil: Über das Collessche Gesetz und den Choc en retour bei der hereditären Syphilis. — Die diffuse hereditär-syphilitische Hautinfiltration der Säuglinge. — Über diffuse viscerale Manifestationsformen der hereditären Frühsyphilis. Mit 9 Abbildungen im Text und 4 lithographischen Tafeln. Preis M. 12.—.)

Hofmeier, Prof. Dr. M., **Grundriß der gynäkologischen Operationen.** Mit 234 Abbildungen im Text und 2 Tafeln. Vierte, vollkommen umgearbeitete und vielfach vermehrte Auflage. Preis M. 16.—

BEITRAG

ZUR

VERGLEICHENDEN RASSEN-PSYCHIATRIE

VON

DOZENT DR. ALEXANDER PILCZ
SUPPL. VORSTAND DER K. K. I. PSYCHIATR. UNIVERSITÄTSKLINIK
IN WIEN.

LEIPZIG UND WIEN.
FRANZ DEUTICKE.
1906.

Verlags-Nr. 1202.

RC 602
906P

Vorrede.

Das hohe Interesse, welches eine vergleichende Betrachtung der Geistesstörungen verschiedener Völkerschaften unleugbar beanspruchen darf, steht im auffallenden Gegensatze zu den recht spärlichen Studien über diesen Gegenstand. Der Hauptgrund dieses Mißverhältnisses zwischen der Wichtigkeit und der Bearbeitung dieses Themas mag wohl darin liegen, daß, wie erst unlängst Kraepelin[1]) bemerkte, bei dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse, d. h. bei der vorwiegend symptomatologischen Betrachtungsweise und der Verschiedenheit der klinischen Auffassungen, derartige Untersuchungen nur, wenn von einem und demselben Beobachter angestellt, verwertbar sind. Dazu kommt noch die heillose Verwirrung in der Nomenklatur, für welche erst Beispiele anzuführen (man denke nur an die Bezeichnung Paranoia) wohl überflüssig ist.

Es wäre ja gewiß sehr leicht, an die Bearbeitung dieser Frage in der Weise heranzutreten, daß man z. B. einfach die in den Jahresberichten der einzelnen Irrenanstalten enthaltenen statistischen Angaben bezüglich der Häufigkeit bestimmter psychiatrisch-klinischer Typen miteinander vergleicht, Berichte von Anstalten rein deutscher Bevölkerung mit solchen von Italien, Tiefungarn u. s. w. Die eingangs angedeuteten Erwägungen lassen ein derartiges Unternehmen wohl a priori als recht wenig wertvoll erscheinen. Nicht einmal Berichte aus einer und derselben Anstalt oder Klinik lassen sich ohne weiteres miteinander vergleichen. Man denke nur z. B. an die bekannten Nisslschen[2]) Ausführungen und an seinen Hinweis darauf, daß nach den Statistiken der Heidelberger Klinik vor 1890 in 13·8%, nach 1890 in 1·5% Hysterie in der Diagnose zum Ausdruck gelangte. Aber auch nicht auf die Frage nach der Häufigkeit der Geistesstörungen überhaupt im Verhältnisse zur Gesamtbevölkerug geben derlei offizielle Statistiken völlig einwurfsfrei Antwort, da wir nicht erfahren, wie viele Geisteskranke sich außerhalb der Anstaltspflege befinden, ein Punkt der Irrenstatistik,

---

[1]) Kraepelin, „Vergleichende Psychiatrie“. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1904, Juli, p. 433.

[2]) Nissl, Zentralblatt für Nervenheilkunde etc., 1902, p. 2.

der naturgemäß je nach den sanitären Verhältnissen, der Kulturhöhe und zahlreicher anderer, rein äußerer sozialer Faktoren bei den einzelnen Staaten die weitgehendsten Verschiedenheiten aufweist. Nur nebenbei möchte ich erwähnen, daß das eben Gesagte selbstverständlich in desto höherem Maße zutrifft, je weiter die betreffenden Verhältnisse von europäischen Kulturbedingungen verschieden sind, daher der Wert positiver Zahlenangaben z. B. über die relative Frequenz der Psychosen unter den Hottentotten etc. wohl ganz illusorisch genannt werden darf. Lehrreich in dieser Hinsicht ist z. B., was den Steinen[1]) über die Häufigkeit des Irreseins bei den Chinesen sagt: in Canton konnte er von einem Arzte, der jährlich über 6000 Patienten sah, nichts über Fälle von Geisteskrankheiten erfahren, während in Sidney z. B. in einem Jahre die Chinesen einen doppelt so großen Prozentsatz der Aufnahmen darstellten als die Weißen.

Die Eigenart des Krankenmaterials unserer Klinik schien mir nun den Versuch einer vergleichenden Studie als nicht aussichtslos zu rechtfertigen. Die Größe der jährlichen Aufnahmsziffern, der Umstand, daß der Polyglottismus unserer Monarchie gerade in der Großstadt sich besonders widerspiegelt, vor allem die Tatsache, daß hier die oben erwähnte Kraepelinsche Forderung (einheitliche Beobachtung) erfüllt ist, ermutigten mich zu diesem Unternehmen um so mehr, als meine seinerzeitige kleine Studie[2]) „Über Geistesstörungen bei den Juden" einige nicht uninteressante Tatsachen zu Tage gefördert hatte.

---

[1]) den Steinen, Archiv f. Psychiatrie, XIII, p. 287. Sitzungsbericht der Berliner Gesellschaft f. Psychiatrie etc. 1881. „Reisenotizen über einige Irrenanstalten in Australien und Asien."

[2]) Pilcz. „Über Geistesstörungen bei den Juden" Wiener Klinische Rundschau 1901, Nr. 47 ff.

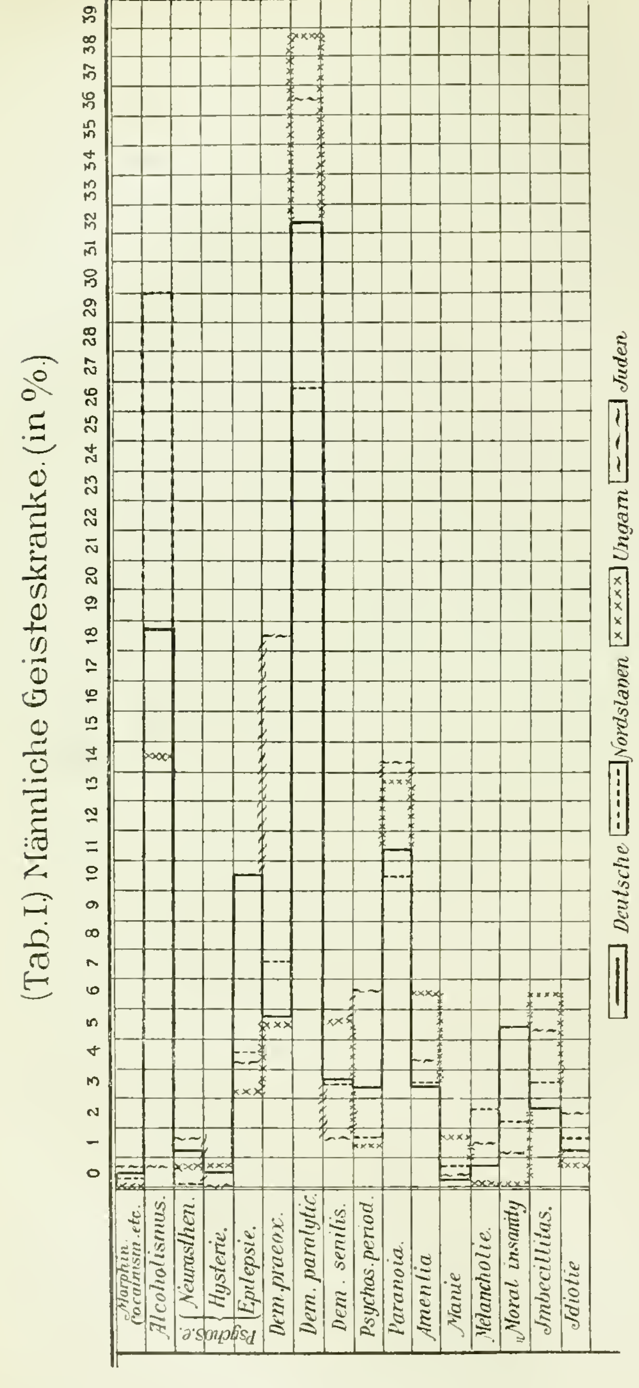
I. Teil.

Das dieser Arbeit zu Grunde liegende Material umfaßt 2886 selbst beobachtete Fälle, welche sich derart verteilen, daß ich zunächst sämtliche[1]) Fälle, welche in der Zeit vom 1. Juni 1900 bis 1. Juli 1905 auf der Klinik zur Aufnahme gelangten, berücksichtigt habe. Bezüglich gewisser später zu erörternder Punkte der speziellen Nosologie und Prognostik griff ich aber außerdem auf frühere Jahrgänge zurück, um größere Zahlen zu erhalten, ebenso bezüglich einiger Völkerstämme, welche in den Jahren 1900—1905 allein relativ zu schwach vertreten waren. Nachdem die einzelnen zu besprechenden Posten perzentual ausgerechnet sind, liegt in dieser zeitlich ungleichen Auswahl des zu vergleichenden Materials keine Fehlerquelle.

Die folgenden Tabellen geben zunächst ein Bild von der Häufigkeit bestimmter psychiatrisch-nosologischer Typen bei den verschiedenen Völkerstämmen. Zunächst einige Worte über die Terminologie. Dieselbe deckt sich zum größten Teile mit der des offiziellen österreichischen Schemas; doch mußten, dem heutigen Stande der klinischen Psychiatrie entsprechend, gewisse Abänderungen Platz greifen. Unter der offiziellen Diagnose „Schwachsinn" werden auch die Fälle von „Schwachsinn mit Gefühlsentartung" subsumiert. Derlei, gerade bei dem großstädtischen Material unserer Klinik leider nur zu zahlreiche Individuen, arbeitsscheue Vaganten, die sich durch simuliertes „Irrereden" oder Zweckräusche stets den Aufenthalt in der Anstalt zu erzwingen wissen, berüchtigte Raufbolde, Hochstapler, Prostituierte mit „Zuchthausknall" u. dgl., kurz alle die apathischen und erethischen Formen der sogenannten „Verbrechernaturen",[2]) des uomo delinquente nato nach Lombroso, Fälle also, bei welchen sonstige psychopathische Züge ganz in den Hintergrund treten gegenüber der ethischen Defektuosität, wurden hier unter der Rubrik „Moral insanity" geführt. Die offizielle Bezeichung: „Dementia" (i. e. acquisita) wurde ganz fallen gelassen, und dafür die Kranken unter der entsprechenden Psychose gezählt: (Dem. senilis, Dem. praecox etc.), endlich auch unter der

[1]) Nicht berücksichtigt habe ich in dieser Studie die recht häufigen Fälle von „Blödsinn bei Herderkrankungen" (Nr. XIII der offiziellen österreichischen Statistik), als vom Standpunkte der Rassenpsychopathologie wohl ganz irrelevant, ferner gewisse seltenere Formen, wie Myxödempsychosen, Delirien bei inkompensierten Herzfehlern, einfache Fieberdelirien, die zwar mit amtsärztlichem Parere zur Aufnahme kamen, aber als „sine morbo" entlassen wurden, u. dgl. Ferner mußten sehr zahlreiche Fälle hier ganz unberücksichtigt bleiben, bei welchen die Nationalität zweifelhaft war.

[2]) v. Wagner, Wiener Klinische Wochenschrift, 1901, Nr. 30, p. 724: „Zur Reform des Irrenwesens."



Kolonne: „Melancholie" oder „Amentia", da ich, nach meinen Erfahrungen, die Berechtigung des Begriffes de sekundären Demenz als unglücklichen Ausganges einer an sich heilbaren und als solcher zu diagnostizierenden akuten Geistesstörung energisch verfechten muß. (Vergleiche übrigens die folgenden detaillierteren Tabellen bezüglich genauerer Einzelheiten.) Unter der Rubrik „Neurasthenisches Irresein" sind die Fälle vieler psychopathischer Minderwertigkeiten zusammengetragen, die Phobien, Zwangsvorstellungen. etc.

Ich habe nun, der Vollständigkeit halber, auch die Südslawen (Serben, Kroaten etc.), die Italiener, Rumänen und Griechen, welche bei uns zur Aufnahme gekommen waren, in den Tabellen mitaufgenommen. Angesichts der sehr geringen Anzahl aber bin ich außer stande, aus meinem eigenen Material für die letztgenannten Völkertypen verwertbare Schlüsse abzuleiten. Die folgenden Betrachtungen beziehen sich also vornehmlich auf die

(Tab. II.) Weibliche Geisteskranke. (in %.)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

Idiotie.
Imbecillitas.
„Moral insanity“
Melancholie.
Manie.
Amentia.
Paranoia.
Psychos. period.
Dem. senilis.
Dem. paralytic.
Dem. praecox.
Psychose: Epilepsie
Psychose: Hysterie
Psychose: Neurasthen.
Alcoholismus.
Morphin Cocainism. etc.

Deutsche — Nordslaven — Ungarn — Juden

Deutschen, Nordslawen (Tschechen, Polen etc.), Ungarn und Juden, wobei die relativ große Summe der Einzelbeobachtungen wohl eher Schlußfolgerungen zuläßt.

Vergleichen wir zunächst die Häufigkeit der einzelnen psychopathologischen Typen[2]) bei den vier letztgenannten Völkerstämmen (vide Tabellen III und IV), nach den Geschlechtern gesondert, so ergeben sich gewisse nicht uninteressante Differenzen.

[2]) In Arbeiten, welche gleichfalls aus dieser Klinik hervorgegangen sind, berechnet Stransky die Fälle von Amentia mit 4·1% des Gesamtmaterials der weiblichen Aufnahmen, die Fälle von Dementia praecox mit 11·5%. Diese Differenzen gegenüber meinen hier angegebenen Zahlen erklären sich unschwer aus einer ganzen Reihe von Momenten, welche die Stranskyschen und meine Ziffern überhaupt nicht vergleichbar erscheinen lassen. Stransky hat einerseits sämtliche Aufnahmen berücksichtigt, während ich, wie oben erwähnt, von vielen Fällen absehen mußte, deren Nationalität nicht sichergestellt werden konnte, ferner z. B. die große Gruppe der „Psychosis e cerebropathia circumscripta“ u. a. nicht mit in Rechnung gezogen habe. Anderseits ist Stransky bei der Auswahl der Fälle von Amentia so vorgegangen, daß er z. B. sämtliche Fälle, die unter dem Bilde des Delirium acutum verliefen, alle Todesfälle bei Amentiakranken überhaupt nicht mit aufgenommen hat, welche alle ich meinen Berechnungen mit zu Grunde legte. Stransky selbst bezeichnet ja seine für „Amentia“ gewonnenen Zahlen als ein bei rigorosester Skepsis noch immer gefundenes Minimum. Meine Zahlen beziehen sich ferner auf einen größeren Zeitraum als die Stranskyschen. Endlich soll durchaus nicht verschwiegen werden — es läßt sich dies bei dem gegenwärtigen Stande unseres psychiatrischen Wissens nicht vermeiden —, daß bei vereinzelten Fällen auch subjektive Meinungsverschiedenheiten die Diagnose beeinflußten, da ich, als langjähriger Schüler v. Wagners, eben die Amentia viel weiter zu fassen gelernt habe als Stransky. Die Stranskyschen Arbeiten, auf welche hier angespielt ist, sind: „Zur Lehre von der Dementia praecox“, Zentralblatt für Nervenheilkunde etc., Nr. 168, 1904, und „Zur Lehre von der Amentia“, Naturforscher- und Ärztekongreß, 1904, u. a.

Die Häufigkeitsskala (in absteigeuder Linie) ergibt:

Männer.

Bei den Deutschen: Progressive Paralyse, Alkoholismus, Paranoia, epileptisches Irrescin.

Bei den Nordslawen: Alkoholismus, progressive Paralyse, Paranoia, Dementia praecox.

Bei den Ungarn: Progressive Paralyse, Alkoholismus, Paranoia, Amentia und Imbecillitas (gleich).

Bei den Juden: Progressive Paralyse, Dementia praecox, Paranoia, Psychosis periodica.

Weiber.

Bei den Deutschen: Paranoia, Amentia, Dementia praecox, progressive Paralyse.

Bei den Nordslawen: Dementia praecox, Paranoia, progressive Paralyse, Ameutia.

Bei den Ungarn: Paranoia, progressive Paralyse, Amentia, Dementia praecox.

Bei den Juden: Dementia praecox, Paranoia, progressive Paralyse und periodisches Irresein (gleich), Melancholie.

Es beteiligen sich, der Häufigkeit nach, bei den einzelnen Formen:

Männer.

Progressive Paralyse. Ungarn, Juden, Deutsche, Nordslawen.

Alkoholismus. Nordslawen, Deutsche, Ungarn. (Juden kommen überhaupt nicht in Betracht.)

Dementia praecox. Juden, Nordslawen, Deutsche und Ungarn (annähernd gleich).

Paranoia. Juden, Ungarn, Deutsche u. Nordslaweu (annähernd gleich).

Periodisches Irresein. Juden, Deutsche, Ungarn und Nordslawen (annähernd gleich).

Amentia. Ungarn, Juden, Nordslawen, Deutsche (gleich).

Weiber.

Progrρssive Paralyse. Ungarn, Nordslawen, Deutsche und Juden (beiläufig gleich).

Alkoholismus. Nordslawen, Ungarn und Deutsche (beiläufig glcich) Juden kommen nicht in Betracht.

Dementia praecox. Juden, Nordslawen, Deutsche, Ungarn.

Paranoia. Ungarn, Deutsche, Nordslawen, Juden.

Periodisches Irresein. Juden, Deutsche, Nordslawen, Ungarn.

Ameutia. Deutsche, Ungarn, Nordslawen, Juden (an Frequenz weit zurückstehend).

Ehe ich eine Epikrise dieser ganz allgemein gehaltenen Statistik gebe, ist es notwendig, auf gewisse Detailfragen einzugehen.

Die Prognose der Melancholie gestaltete sich wie folgt:

I. Männliche Geisteskranke.

Tabelle III.

	Deutsche		Nordslawen		Südslawen		Ungarn	
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
Idiotie	7	10·22	5	1·765	1	1·82	1	0·81
Imbecillitas . . .	19	2·77	10	3·53	4	7·27	8	6·45
„Moral insanity" .	38	5 548	6	2·118	—	—	—	—
Melancholie . .	6	0·876	7	2·471	—	—	—	—
Manie.	1	0·146	2	0·706	—	—	2	1·61
Amentia. . .	23	3.358	10	3·53	5	5·45	8	6·45
Paranoia . .	78	11·388	30	10·59	13	23·63	17	13·71
Psychosis periodica .	23	3·358	5	1·76	1	1·82	2	1·61
Dementia senilis .	26	3·796	10	3·53	1	1·82	7	5·65
„ paralytica.	214	31·24	76	26·828	17	30·91	48	38·71
„ praecox .	41	5·98	22	7·766	7	12·73	7	5·65
Psychosis c. epilepsia	66	9.636	13	4·589	3	5·45	4	3·23
„ c. hysteria.	3	0·438	1	0·353	—	—	1	0·81
„ c. neurasthenia	8	1.168	—	—	1	1·82	1	0·81
Alkoholismus . .	129	18.83	85	30·005	1	1·82	18	14·52
Kokaïn.,Morphin. etc.	3	0·438	1	0·353	1	1·82	—	—
	685		283		55		124	

	Italiener		Rumänen		Juden		Griechen	
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
Idiotie . .	—	—	—	—	7	2·5	—	—
Imbecillitas .	2	5·12	1	—	15	5·36	1	—
„Moral insanity"	—	—	—	—	3	1·07	1	—
Melancholie .	—	—	—	—	4	1·43	—	—
Manie. . .	—	—	—	—	1	0·36	—	—
Amentia. .	3	7·68	—	—	12	4·28	—	—
Paranoia . .	6	15·36	2	—	40	14·28	—	—
Psychosis periodica .	2	5.12	—	—	19	6·78	—	—
Dementia senilis	3	7·68	—	—	5	1·79	—	—
„ paralytica.	11	28·16	5	—	102	36·41	—	—
„ praecox .	4	10·24	1	—	52	18·56	1	—
Psychosis c. epilepsia	3	7·68	—	—	12	4·28	—	—
„ c. hysteria	—	—	—	—	—	—	—	—
„ c. neurasthenia	1	2·56	—	—	4	1·43	—	—
Alkoholismus. . . .	4	10·24	2	—	2	0·71	—	—
Kokaïn., Morphin. etc.	—	—	—	—	2	0·71	—	—
	39		11		280		3	

II. Weibliche Geisteskranke.

Tabelle IV.

	Deutsche		Nordslawen		Südslawen	
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
Idiotie	4	0·83	2	0·86	—	—
Imbecillitas	13	2·7	5	2·15	—	—
„Moral insanity"	8	1·66	8	3·43	—	—
Melancholie	25	5·19	6	2·58	2	6·66
Manie	1	0·21	4	1·72	1	3·33
Amentia	80	16·59	28	12·02	7	23·33
Paranoia	101	20·95	42	18·03	8	26·66
Psychosis periodica	44	9·13	11	4·72	2	6·66
Dementia senilis	21	4·36	10	4·29	—	—
„ paralytica	55	11·41	30	12·88	3	9·99
„ praecox	70	14·52	47	20·17	3	9·99
Psychosis c. epilepsia	28	5·81	10	4·29	1	3·33
„ c. hysteria	19	3·94	15	6·44	3	9·99
„ c. neurasthenia	2	0·41	1	0·43	—	—
Alkoholismus	10	2·07	14	6·01	—	—
Morphinismus etc.	—	—	—	—	—	—
	481		233		30	

	Ungarn		Italiener		Rumänen		Juden	
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
Idiotie	—	—	—	—	—	—	4	1·86
Imbecillitas	8	7·92	—	—	—	—	7	3·26
„Moral insanity"	—	—	—	—	—	—	—	—
Melancholie	2	1·98	1	5	—	—	17	7·91
Manie	1	0·99	—	—	—	—	4	1·86
Amentia	13	12·87	8	40	1	—	12	5·58
Paranoia	22	21·78	4	20	—	—	34	15·81
Psychosis periodica	4	3·96	—	—	—	—	24	11·16
Dementia senilis	5	4·95	—	—	—	—	14	6·51
„ paralytica	21	20·79	2	10	1	—	24	11·16
„ praecox	11	10·89	1	5	—	—	52	24·18
Psychosis c. epilepsia	4	3·96	2	10	—	—	6	2·79
„ c. hysteria	7	6·93	1	5	—	—	9	4·19
„ c. neurasthenia	—	—	—	—	—	—	5	2·34
Alkoholismus	3	2·97	1	5	—	—	1	0·47
Morphinismus etc.	—	—	—	—	—	—	2	0·93
	101		20		2		215	

Melancholie.

Tabelle V

Männer.

Heilung ohne Defekt	Heilung mit Defekt	Gestorben	Sekundäre Demenz	Katamnese fehlt	Summe	
5 = 50	1 = 10	2 = 20	2 = 20	—	10	Deutsche
1 = 12·5	—	4 = 50	3 = 37·5	—	8	Nordslawen
—	1	2	1	—	4	Juden
—	—	—	—	—	—	Ungarn
			Weiber			
17 = 53	2 = 6·25	6 = 18·75	7 = 18·75	1 *)	33	Deutsche
5 = 33	5 = 33	3 = 20	2 = 13	1	16	Nordslawen
5 = 31·75	4 = 25	1 = 6·25	4 = 25	3	17	Juden
1	1	—	—	—	2	Ungarn

(Unter der Rubrik „Gestorben“ wurden hier, wie in den folgenden Tabellen, diejenigen Fälle gezählt, welche ad exitum kamen, ohne daß sich das betreffende Zustandsbild geändert hatte, Patienten also, die an akuter Melancholie oder Amentia starben ohne Zeichen eines sekundären Zustandes.)

Amentia.

Tabelle VI.

Männer.

Heilung ohne Defekt	Heilung mit Defekt	Gestorben	Sekundäre Demenz	Keine Katamnese	Rezidive mit jedesmaliger Heilung	Rezidive mit Ausgang in Demenz	Chron. (ohne Demenz)	Summe	
13 (44·85)	3 (10·35)	7 (24·15)	6 (20·7)	5	5 (17·25)	—	—	29	Deutsche
7 (35)	1 (5)	8 (40)	4 (20)	—	—	—	—	20	Nordslawen
3	1	2	1	1	—	—	—	8	Ungarn
6 (37·5)	1 (6·25)	3 (18·75)	3 (18 75)	3	—	—	—	16	Juden
				Weiber					
54 (44·7)	11 (9·09)	15 (12·39)	19 (15,69)	11	7 (5·78)	3 (2·48)	1	121	Deutsche
19 (35·15)	5 (9·25)	10 (18·52)	9 (16·65)	10	—	—	1	54	Nordslawen
5	1	—	1	6	—	—	—	13	Ungarn
9 (40·91)	4 (18·18)	3 (13·64)	3 (13·64)	3	—	—	—	22	Juden

(Unter diesen Kranken befinden sich 14 Fälle von Delirium acutum, welche größtenteils letal verliefen; die übrigen Todesfälle betreffen soma-

*) Die Fälle mit fehlender Katamnese wurden hier bei der Berechnung der Prozente nicht mitgezählt, wohl aber in den folgenden Detailtabellen, wo die Zahl derselben relativ größer genannt werden kann.

tische Affektionen, welche gleichzeitig auch als ätiologischer Faktor der Amentia in Betracht kamen, wie Tuberkulose, Karzinom etc.)

Die periodisch verlaufenden Geistesstörungen verteilten sich in folgender Weise:

Tabelle VII.

Periodische Geistesstörungen bei männlichen Kranken.

	Deutsche		Nordslawen		Juden		Ungarn	
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
Psychosis circularis	15	45·45	1	6·6	10	47·62	1	
Periodische Manie	7	21·21	6	39·9	7	33·32	—	
„ Melancholie	8	24·24	1	6·6	1	4·76	—	
Sonstige periodische Psychosen (delirante Verworrenheitszustände, Dipsomanien etc.	3	9·09	7	46·6	3	14·28	1	
	33		15		21		2	
Periodische Geistesstörungen bei weiblichen Kranken								
Zirkuläres Irresein	19	35·91	3	19·9	8	33·28	2	
Periodische Manie	13	24·57	7	46·6	12	49·92	1	
„ Melancholie	15	28·35	2	13·3	2	8·32	1	
Sonstige periodische Psychosen (delirante Verworrenheitszustände etc.)	6	11·34	3	19·9	2	8·32	—	
	53		15		24		4	

Von den Formen der Dementia praecox seien die Fälle mit katatonem Symptomenkomplex gesondert betrachtet.

Von folgenden Fällen waren

Männer:

von Dementia praecox	Katatonie		%	bei den
64	19	=	29·75	Deutschen
27	6	=	22·2	Nordslawen
7	4	=	57·14	Ungarn
62	15	=	24.17	Juden

Weiber:

von Dementia praecox	Katatonie		%	bei den
92	24	=	26·06	Deutschen
59	17	=	28·73	Nordslawen
11	4	=	36·36	Ungarn
54	32	=	59·2	Juden

Im einzelnen war der Decursus morbi folgendermaßen:

Tabelle VIII. **Dementia paranoid., Hebephrenie.**

	Deutsche		Nordslawen		Ungarn		Juden	
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
Männer								
Stationäre Demenz . .	30	66·6	17	70·92	1		31	65·94
Remittier. Verlauf mit Ausgang in Demenz	3	6·6	1	4·76	—		6	12·76
Auffallende Remission	10	22·2	3	14·28	2		9	19·14
Tod . . .	2	4·4	—	—	—		1	2·13
Katamnese fehlt . .	—	—	—	—	—		—	—
	45		21		3		47	
Weiber								
Stationäre Demenz .	43	63·21	35	83·3	6		15	68·18
Remittier. Verlauf mit Ausgang in Demenz	8	11·76	2	4·76	—		2	9·09
Auffallende Remission	13	19·11	3	7·14	1		7	31·82
Tod . . .	2	2·94	1	2·38	—		—	—
Katamnese fehlt . .	2	—	1	—	—		—	—
	68		42		7		22	

Tabelle IX. **Katatonie.**

	Deutsche		Nordslawen		Juden		Ungarn	
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
Männer								
Stationäre Demenz . .	10	52·63	3	49·9	12	79·9	2	
Intermittierender Verlauf mit schließlicher Demenz .	1	5·26	—	—	—	—	—	
Tod	4	21·04	—	—	—	—	—	
Weitgehende, einer Heilung ähnelnde Remission . .	4	21·04	3	49·9	3	19·9	1	
Katamnese fehlt . .	—	—	—	—	—	—	1	
	19		6		15		4	

	Deutsche		Nordslaven		Juden		Ungarn	
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
Weiber								
Stationäre Demenz.	15	62·49	9	52·92	22	68·75	2	
Intermittierender Verlauf mit schließlicher Demenz .	2	8·3	4	23·52	3	9·38	—	
Tod . . .	—	—	—	—	1	3·125	—	
Weitgehende, einer Heilung ähnelnde Remission .	6	24·9	4	23·52	6	18·75	1	
Katamnese fehlt .	1	—	—	—	—	—	1	
	24		17		32		4	

D folgenden Tabellen zeigen die Verteilung der hauptsächlichsten Formen alkoholischer Psychosen bei den Deutschen, Nordslawen und Ungarn·

Tabelle X. **Alkoholische Psychosen.**

	Deutsche		Nordslawen		Ungarn	
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
Männer						
Delirium tremens. . .	78	57·6	41	34·4	4	22·2
Hallucinose	19	11·6	18	15·1	1	5·5
Eifersuchtswahn . .	17	10·4	24	20·2	2	11·1
Alcoholismus simplex .	29	17·7	23	19·3	11	61·1
Pathologischer Rausch.	16	9·8	9	7·6	—	—
Korsakoff . . .	4	2·4	4	3·4	—	—
	163		119		18	
Weiber						
Delirium tremens	6	40 0	7	36·8	--	—
Hallucinose	—	—	1	5·3	1	—
Eifersuchtswahn .	2	13·3	3	15·8	1	—
Alcoholismus simplex . .	5	33·3	6	31·6	1	—
Pathologischer Rausch.	2	13·3	1	5·3	—	—
Korsakoff	—	—	1	5·3	—	—
	15		19		3	

(Unter Alcoholismus simplex wurden solche Fälle rubriziert, welche mit allgemeiner ethischer und intellektueller Depravation, wegen irgend

welcher Brutalität u. dgl. auf unsere Klinik kamen, ohne Delirien, Wahnideen od. dgl.)

Außer den hier angeführten Fällen von Korsakoffscher Psychose kamen an der Klinik zwei Fälle typischer polyneuritischer Geistesstörung nichtalkoholischer Genese zur Beobachtung, die, wegen der geringen Zahl, nicht weiter in den Tabellen berücksichtigt wurden. Der eine dieser Fälle ist von Raimann[1]), der andere von Stransky[2]) publiziert.

Bei einer vergleichenden Studie einer Rassenpsychopathologie dürfen vornehmlich folgende Punkte ein Interesse beanspruchen. Erstens ergeben sich einige statistisch zu beantwortende Fragen nach der relativen Häufigkeit der einzelnen uns bekannten nosologischen Typen, wobei gewisse aetiologische Momente uns interessieren, vor allem also die Frage nach der relativen Frequenz der sogenannten endo- und exogenen Psychosen. Ich stehe zwar, wie ich a. O. gezeigt,[3]) durchaus auf dem v. Wagnerschen[4]) Standpunkte, daß wir uns darunter nicht vielleicht zwei toto coelo von einander verschiedene Haupttypen vorstellen dürfen, bezw. daß so manches heutzutage nur darum endogen heißt, weil uns der exogene Faktor derzeit unbekannt ist. Diese Terminologie bezeichnet aber jedenfalls in bequemer Weise Geistesstörungen, deren Eine wir vorzugsweise auf dem Boden einer eigenartigen vererbbaren angeborenen Disposition sich entwickeln sehen, die wir als die hereditär-degenerativen zusammenfassen können, während wir für Andere greifbare äußere Faktoren verantwortlich machen können, ohne daß dabei eben diese kongenitale degenerative Disposition eine Rolle zu spielen scheint.

Eines Studiums wert sind ferner Fragen symptomatologischer Art. Ich möchte nun eine Epikrise der einzelnen statistischen Daten zu liefern versuchen.

Idiotie und Imbezillität.

Nachdem in der Ätiologie der angeborenen Defektzustände sowohl die hereditär-degenerative Disposition (Alkoholismus der Aszendenz etc.) wie zufällige Schädlichkeiten (Geburtstraumen, Infektionskrankheiten mit Encephalitiden u. dgl.) eine Rolle spielen, ist eine eventuelle Rassendisposition wohl a priori nicht zu erwarten. Immerhin verdient der Umstand Beachtung, daß die schwersten Formen der Entwicklungshemmungen,

[1]) Raimann, Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. 1902, XII. Bd., p. 329. „Ein Fall von Cerebropathia psychica toxaemica etc.“

[2]) Stransky, Jahrbüch. für Psychiatrie etc., XXVI. Bd., p. 422. „Zur Lehre vom Korsakoffschen Symptomenkomplex.

[3]) Pilcz und Wintersteiner, Zeitschrift für Augenheilkunde, XII, 749. „Über Ergebnisse von Augenspiegeluntersuchungen etc.“

[4]) v. Wagner, Wiener Klinische Wochenschrift 1904, Nr. 13. Diskussion. Wiener Verein für Psychiatrie und Neurologie 1904, 12. Jänner, und ibid. 1902. „Über erbliche Belastung.“

die Fälle idiotischen Blödsinns, bei den Juden am häufigsten sind, obwohl einer der wichtigsten ursächlichen Faktoren der Idiotie, nämlich Alkoholismus in der Aszendenz, gerade bei dieser Rasse wegfällt. Die Prävalenz der Ungarn bei der einfachen Imbezillität sei einfach notiert, wobei ich es dahingestellt lassen will, ob nicht Zufälligkeiten des Materials diesen Umstand bedingten.

In klinisch-symptomatologischer Hinsicht kamen meist die erethisch-versatilen Formen zur Beobachtung; es gilt dies von allen den hier studierten Völkerstämmen und liegt an äußeren Umständen, da ja das Idioten- und Imbezillenmaterial einer psychiatrischen Klinik selbstverständlich ein sehr einseitiges ist. Die apathisch-torpiden, i. e. harmlosen Formen finden sich ja meistens in den speziellen Anstalten oder in Familienpflege.

Befremdend muß die bedeutende Prävalenz der Deutschen (männliche Fälle) in der Kolonne „Moralischer Schwachsinn“ wirken.

Ich glaube nicht fehlzugehen, wenn ich dieses Ergebnis auf Rechnung des spezifisch großstädtischen Materials unserer Klinik setze. Die Großstadt ist ja einerseits der günstigste Nährboden für die Entwicklung derartiger Formen psychischer Anomalien; der hochentwickelte Stand der Rechtspflege und äußere, hier nicht näher zu erörternde Momente bringen es anderseits mit sich, daß in der Großstadt derartige Individuen wohl leichter der psychiatrischen Expertise in foro criminali unterworfen werden, daß sie ferner leichter durch mehr minder geschickte Simulation sich eine temporäre Versorgung in einer Heilanstalt zu erzwingen vermögen, u. s. w.

Daraus glaube ich den hohen Prozentsatz für die „Moral insanes“ überhaupt und — dem deutschen Charakter unserer Großstadt entsprechend — speziell für die Deutschen ableiten zu können.

Von den klinischen Formen waren es meistens Vertreter der apathischen Typen der Moral insanity, Hochstapler, Gewohnheitsdiebe, vor allem aber arbeitsscheue Vaganten, die immer wieder — oft in der durchsichtigsten Weise — durch theatralische Selbstmordversuche, „Irrereden“ im Hofburggebäude etc. ein Parere behufs Aufnahme zu erlangen wissen. Weniger häufig kamen die erethischen Formen (gewalttätige Raufbolde etc.) vor.[1])

Bei den weiblichen Individuen (bei welchen die Nordslawen an erster Stelle rangieren) überwogen die erethischen Typen („pathologische“ Affekte, „Zuchthausknall“ der Prostituierten etc.). Simulation, lediglich um in einer Heilanstalt versorgt zu werden, wurde bei den weiblichen Moral insanes viel seltener beobachtet und die wenigen Fälle letzterer Kategorie betrafen charakteristischerweise zumeist Individuen, denen Alter oder

[1]) Bei dieser Gelegenheit möchte ich auf die interessante und auch vom rassenpsychologischen Standpunkt aus wichtige Arbeit von Herz aufmerksam machen: „Die Kriminalität in den einzelnen österreichischen Kronländern etc.“ Monatsschrift für Kriminalpsychologie etc. 1905, I. Bd., p. 541.

Äußeres die Ausübung der Prostitution („das große Sicherheitsventil für die weibliche Krimiualität") unmöglich machte. (Bei all den zahlreichen Fratres und Sorores nosocomiales war es stets so, daß die Betreffenden wegen eines pathologischen Rauschzustandes oder irgend einer anderen psychischen Störung einmal in die Irrenanstalt eingeliefert worden waren uud uun, nachdem sie den ersteu Schrecken vor dem „Narrentum" überwundeu, der Annehmlichkeiten einer moderuen Heilanstalt nicht mehr entbehren wollten.)

Auffallend muß die geringe Häufigkeit derartiger Individuen bei deu Juden genannt werden, wenn man sich vor Augen hält, daß die „Moral insanity" doch einc Äußerung des Entartungsirreseins ist, und sieht, daß zu derartigen Erkrankungen gerade die Juden besonders disponiert sind. Die spärlicheu Fälle, welche der Kolouue I zu Grunde liegen, betrafen kriminelle; unter den zahlreichen arbeitsscheuen Simulanten war kein Jude. Bezüglich gewisser allgemeiner theoretischer Erwäguugen über Frequenz der Kriminalität und Häufigkeit der uns in den Irrenanstalten entgegentretenden „Moral insanity" möchte ich auf meine seiuerzeitige Arbeit „Über Geistesstörungen bei den Juden" verweisen.[1])

Manie und Melancholie.

Bannister & Hectoën[2]), Spitzka[3]), Buschan[4]) und andere Autoren geben übereinstimmend an, daß die Germanen mehr als alle übrigeu Rassen zur Melancholie dispouiert sind. Nach Statistikeu, welche z. B. Buschan zitiert, überwiegen bei den Germanen die Fälle vou Melancholie über die Manien, während dies Verhältnis sonst (bei den Romauen, Slawen etc.) umgekehrt sei. Man muß sich nun freilich zunächst sagen, daß aus dem Überwiegen der Manien iu den Anstaltsausweisen durchaus nicht auf eine wirkliche Prävalenz dieser Form über die Melancholien ohne weiteres geschlossen werden darf, da ein Maniacus eben eher anstaltsbedürftig wird und daher selbstverständlich auch bei relativ niedrigem Stande der öffentlichen Irrenfürsorge zur Kenntnis der Behörden gelangt. Aber gerade darum, weil sicher viel mehr Melancholien der offiziellen Statistik entgehen, ist ein Prädominieren dieser Form um so bemerkenswerter. Mit obigen Angaben stimmen auch die Daten der großen Selbstmordstatistiken, wonach die Germanen zum Suicide das größte Kontingent stelleu (Morselli[5]) etc.),

---

[1]) Pilcz. Annales médicopsychologiques, 1902. Janvier, „Sur les psychoses chez les Juifs"

[2]) Bannister & Hectoën, Americau Journal of insanity, 1888, p. 455, „Race and insanity".

[3]) Spitzka, Journal of nervous and mental diseases. 1880, p. 613, „Race aud insanity".

[4]) Buschan, Influenza delle razze sulle malattie nervose e mentali. (Napoli 1902, mit Vorwort vou Nisticò.)

[5]) Morselli, Der Selbstmord, 1881, (deutsch von Kurella); Literatur namentlich auch in der Arbeit des Verfassers: „Zur Lehre vom Selbstmord." Jahrbüch. für Psychiatrie etc. 1905, p. 294.

während Slawen und Ungarn erst nach den Romanen kommen. Betrachtet man die allgemein gehaltenen Tabellen I und II, so bringen meine eigenen Zahlen keineswegs eine Bestätigung des eben Gesagten. Bei den weiblichen Melancholien kommen die Deutschen erst an zweiter Stelle (hinter den Juden); bei den männlichen stehen sie sogar hinter den Nordslawen und Juden zurück. Bezüglich der Manien werden allerdings die deutschen Patienten beiderlei Geschlechtes an Frequenz von allen übrigen übertroffen; allein, im Gegensatz zu den Tabellen obzitierter Autoren, sind überhaupt ganz allgemein, mit Ausnahme der männlichen ungarischen Patienten, die Ziffern für die Manien viel niedriger als für die Melancholien, so daß bei allen Rassen demgemäß letztere über erstere prävalieren würde. Der Widerspruch löst sich, meines Erachtens, wenn man bedenkt, daß die Diagnose der „Manie" als einer akuten genuinen Psychose heute viel seltener gestellt wird, und zwar in dem Maße, je mehr man sich davon überzeugte, daß die meisten Manien (namentlich die Hypomanien) nur Teilerscheinungen periodisch verlaufender Formen sind.

Hält man sich nun meine Detailtabellen (VII) zur Gruppe der periodischen Psychosen vor Augen, dann ergibt sich sogleich folgendes: 1. Die Depressionszustände überwiegen bei den Deutschen (beiderlei Geschlechtes) über die Exaltationszustände; bei den Juden und Nordslawen ist dies umgekehrt; 2. die Deutschen beiderlei Geschlechtes stehen, quoad Frequenz mit Nordslawen und Juden verglichen, bei depressiven Zustandsbildern an erster, bei manischen an letzter Stelle. (Über Selbstmord bei Juden und jüdischen Geisteskranken vide später.)

Was die Prognose der echten (nicht periodischen oder zirkulären) Melancholie anbelangt, so ergeben die Tabellen V,[1]) daß die Deutschen die größten, die Juden die geringsten Heilungschancen zeigten; die Nordslawen stehen betreffs sanatio completa zwischen Deutschen und Juden; schwere sekundäre Verblödung findet sich, der Häufigkeit nach, in absteigender Linie bei den Juden, Deutschen und Nordslawen (weiblichen Individuen).

Ich gewann ferner den Eindruck, daß die Fälle mit vorwiegend hypochondrischer Färbung bei den Juden häufiger seien, jene mit schweren Versündigungsideen bei den Slawen und Deutschen in gleicher Frequenz.

Amentia.

Die Tabellen I und II zeigen zunächst das bekannte Prävalieren des weiblichen Geschlechtes bei der Amentia. Bei den weiblichen Individuen

---

[1]) Von sämtlichen Fällen akuter und periodischer Psychosen, ebenso der Dementia praecox, sei betont, daß, wo dies nicht ausdrücklich bemerkt ist, die Katamnese bis zum Datum des Abschlusses dieser Arbeit (Herbst 1905) sich erstreckt. Daß mir das möglich war, verdanke ich sowohl der Liebenswürdigkeit des Kollegen Dr. Stransky, wie dem Entgegenkommen der Anstaltsdirektionen von Klosterneuburg, Kierling-Gugging, Mauer-Öhling, Dobřan, Brünn, Sternberg, Kulparkow, Feldhof, Niederhart, Engelsfeld, Leopoldsfeld, Klagenfurt, Laibach u. s. w., denen zu danken mir zur angenehmen Pflicht gereicht.

deutscher Stammeszugehörigkeit ist die Amentia die zweithäufigste Psychose, bei den Ungarn steht sie an dritter, bei den Nordslawen an vierter Stelle.

Was gewisse Detailfragen anbelangt (Tab. VI), so gestaltet sich die Prognose bei den Deutschen am besten, bei den Nordslawen am ungünstigsten, wie die Zahlen für „Heilung ohne Defekt“ zeigen. Bei den Nordslawen sah ich öfters eigentümliche Fälle, welche ich am besten unter Amentia zu rubrizieren glaubte, die aber in ihrer nosologischen Auffassung strittig sein mögen. Es handelte sich um mehr minder akut einsetzende Zustände mit reichlichen optischen und akustischen Halluzinationen (vorwiegend religiöser Färbung). Die Orientiertheit war dabei auffallend wenig gestört; Gedankengang geordnet, von einer eigentlichen Verwirrtheit keine Rede. Man konnte an Halluzinose denken, doch sprachen dagegen das sichere Fehlen alkoholischer Antezedentien, die sehr reichlichen Gesichtstäuschungen. Gegen Dementia praecox sprach das Fehlen der gemütlichen Dissoziation, der Ausgang in Heilung u. s. w. An eine Paranoia konnte auch nicht gedacht werden. Auch bei den Juden beobachtete ich derartige atypische Fälle, die am ehesten noch unter der Rubrik „Amentia“ Aufnahme finden dürften; z. B. Fälle mit akut einsetzenden massenhaften Gehörstäuschungen, ohne Potus, ohne Verwirrtheit. Dauerheilung ohne Defekt innerhalb einiger Wochen u. s. w.

Was die Fälle mit Ausgang in sekundäre Demenz betrifft, so kann ich mir wohl denken, daß die relativ hohen Zahlen seitens mancher Autoren belächelt und derartige Fälle einfach als „Dementia praecox“ angesehen werden dürften. Ich für meine Person kann nicht zugeben, daß der Ausgang der Psychose allein für die Diagnose maßgebend sein soll. Manche, gewiß seltene Fälle abgesehen, läßt sich eine Dementia praecox eben frühzeitig diagnostizieren; eine Psychose aber, die symptomatologisch durchaus nur das Bild einer Amentia bietet, wird nun nicht darum eine Hebephrenie, weil sie ungünstig verlief. Der Begriff der sekundären Demenz — die wir ja doch auch z. B. bei der Melancholie sehen — darf meines Erachtens nach nicht zu Gunsten der Modediagnose Dementia praecox ganz fallen gelassen werden.

Paranoia.

Diese Erkrankung, welche wir wohl als exquisit „endogen“ auffassen dürfen (mit all den früher angedeuteten Einschränkungen) weist bezüglich der beiden Geschlechter wesentliche Differenzen auf. Bei den Männern sind in erster Linie die Juden beteiligt, während dieselbe hier bei den Frauen an letzter Stelle rangiert. Wir sehen nun sonst so konstant, daß bei den hereditär-degenerativen Formen die Juden überwiegen, daß diese letzterwähnte Ausnahme einer Erklärung bedarf. Vielleicht darf ich eine solche in folgendem erblicken. Wir finden unter den Jüdinnen einen ganz extraorbitant hohen Prozentsatz für die Dementia praecox. Nachdem bekanntlich die Abgrenzung der Paranoia gegenüber der sogenannten

dementia paranoides öfters mehr minder arbiträr bleiben muß, mag vielleicht das Minus an jüdischen weiblichen Paranoiafällen in einem Plus der jüdischen weiblichen Fälle von Dem. präecox stecken. Es würde dann allerdings auch zu folgen sein, daß bei den Jüdinnen die Paranoia besonders rasch, i. e. ungünstig verläuft und rasch in das terminale Stadium gelangt.

Auffallende Unterschiede dem konkreten Inhalt der Wahnideen nach (im Sinne der antiquierten, aber vielleicht gerade rassenpsychologisch nicht uninteressanten Differenzierung in Paranoia religiosa, politica etc.) habe ich nicht gefunden; nur so viel darf ich aussagen, daß, meiner Erfahrung nach, die vorwiegend kombinatorischen Formen mehr bei den Deutschen, die phantastischen Typen mit sehr reichlichen Sinnestäuschungen (besonders des Gemeingefühles) mehr bei den Slawen und Ungarn vorzukommen schienen. Die Paranoia querulans traf ich in gleicher Frequenz bei den Deutschen, Slawen und Ungarn (bei den Juden keinen derartigen Fall).

Periodische Geistesstörungen.

Bei dieser Form, welche dem degenerativen Irresein κατ' ἐξοχήν angehört, ist das besonders starke Prädominieren der Juden auffallend. Wie ich schon in meiner Monographie[1]) erwähnte, machte mich v. Wagner darauf aufmerksam, daß die eigenartige familiäre Disposition auch Geistesstörungen, die an sich nicht periodisch zu verlaufen pflegen, ihren spezifischen Stempel aufdrückt. Weitere Studien unseres Krankenmaterials brachten nur Bestätigung dieser Betrachtungen. Ein geradezu typisch zirkulärer Verlauf oder ein periodisches Remittieren und Exazerbieren bei Hebephrenen, Paranoikern etc. fand ich besonders häufig gerade bei jüdischen Geisteskranken.

Über die relative Frequenz der melancholischen und manischen Zustandsbilder wurde schon oben gesprochen (vide sub Melancholie und Manie). Nur nebenbei möchte ich, um einen eventuellen Widerspruch aufzuklären, folgendes erwähnen. In meiner Monographie[2]) hatte ich die periodische Melancholie als eine der selteneren Formen der periodischen Geistesstörungen erklärt, im Verhältnis zur Frequenz des zirkulären Irreseins und der periodischen Manie. Ich verstand dort unter „Periodischer Melancholie“ reine Fälle, d. h. solche, bei welchen auch bei genauer fachmännischer Beobachtung der einzelne psychotische Anfall stets nur unter dem Bilde der Melancholie verlief. In diesen Detailtabellen aber sind unter „Periodischer Melancholie“ auch alle diejenigen Fälle mit aufgenommen, bei welchen ein manisch gefärbtes mehr minder langes Vor- oder Nachstadium zwar ganz unverkennbar war, die also, wenn man will, ebensogut zum zirkulären Irresein gerechnet werden könnten, bei welchen

---

[1]) Pilcz, „Die periodischen Geistesstörungen“, Jena 1901, p. 19.

[2]) Pilcz, Ibid., p. 107.

aber der Intensität und Dauer nach das depressive Zustandsbild jeweilig im Anfall prädominierte.

Auffallend hoch ist bei den Nordslawen der Prozentsatz für Dipsomanie, „periodische Amentia“, periodisch delirante Verworrenheitszustände etc. Erwägt man die innigen Beziehungen derartiger Zustände zum epileptischen Irresein, so erklärten sich — es gilt dies namentlich für die Männer — vielleicht die auffallend niederen Zahlen, welche anderseits gerade die Nordslawen quoad epileptischer Psychosen im Vergleiche zu den Deutschen aufweisen.

Dementia senilis.

Bei den Deutschen, Ungarn und Nordslawen kamen in ziemlich gleicher Häufigkeit vorwiegend die Fälle der typischen Presbyophrenie, des senilen Eifersuchts- und Beeinträchtigungswahnes zur Beobachtung, bei den Juden besonders häufig Bilder von exquisit hypochondrischer Färbung.

Progressive Paralyse.

Bei beiden Geschlechtern stehen in der Häufigkeitsskala die Magyaren hier an erster Stelle. Daß bei diesen Zahlen nicht eine Zufälligkeit des Materials mitspielt, zeigen u. a. die Angaben von Hollós[1]) und v. Sárbó[2]), welche auf dem zweiten Landeskongresse ungarischer Irrenärzte die Tatsache zur Diskussion brachten, daß sämtliche Statistiken in übereinstimmender Weise dartun, daß die progressive Paralyse in Ungarn verbreiteter sei als in irgend einem anderen Lande.

Was die speziellen Formen anbelangt, so war mir auffallend, weil mit den übrigen Ergebnissen nicht stimmend, daß die sogenannte zirkuläre Verlaufsart gerade bei meinen jüdischen Paralytikern nicht vorkam. Dagegen kann ich die Beobachtung Hirschls[3]) nur vollauf bestätigen, daß bei den Juden noch relativ am häufigsten die klassischen Bilder (mit abundanter Megalomanie etc.) beobachtet werden können, die, nach übereinstimmender Anschauung mehrerer Autoren — ich zitiere hier speziell Mendel — in der letzten Zeit im allgemeinen überhaupt seltener werden. Den Juden zunächst kommen diesbezüglich die Ungarn. Die im ganzen weniger häufigen depressiven Formen betrafen meist Deutsche.

Dementia praecox.

Bei beiden Geschlechtern überwiegen hier weitaus die jüdischen Geisteskranken, dann kommen die Nordslawen, zuletzt die Deutschen und

---

[1]) Hollós, (Ref. über den II. Kongreß etc., Psychiatrisch Neurologische Wochenschrift IV, 1902/03, p. 508. Sitzung vom 27. Oktober 1902.)

[2]) v. Sárbó, ibid.

[3]) Hirschl, Jahrbücher für Psychiatrie, XIV. Bd., p. 429, „Zur Ätiologie der progressiven Paralyse“.

Ungarn. Bei den weiblichen Patienten jüdischer und nordslawischer Abstammung stellt die Dementia praecox überhaupt die häufigste Form psychischer Erkrankung dar. Die katatonen Formen sind besonders frequent unter den männlichen Fällen bei den Ungarn, unter den weiblichen bei den Juden und erst in zweiter Linie bei den Ungarn.

Was den Verlauf anbetrifft, speziell ob weitgehende Remissionen eintreten oder ein hohes Maß von Verblödung sich entwickelt, so ergaben sich zwischen der Katatonie und den übrigen Formen der Dementia praecox Unterschiede. Bei ersterer sehen wir quoad Remissiones die Juden am ungünstigsten beteiligt (die geringsten Zahlen für wesentliche Remissionen, die höchsten Zahlen für Endausgang in Demenz, wobei zunächst kein Unterschied gemacht wurde, ob diese Verblödung sofort oder erst nach mehrfachen Nachschüben sich entwickelte). Dasselbe gilt von den anderen Formen der Dementia praecox, mit dem Unterschiede, daß die weiblichen Patienten nordslawischer Abstammung die höchsten Ziffern für die terminale Demenz liefern und bei den Jüdinnen die Zahlen für Remissionen höhere sind (zugleich allerdings auch die Prozentsätze für Ausgang in tiefe Demenz.) Ferner kann man sagen, daß für alle Formen die Zahlen der beiden Kolonnen für Demenz bei den Deutschen um ein wenig niedriger sind und daß die Aussichten auf sehr weitgehende Remissionen bei weiblichen slawischen Katatonikern sich am günstigsten gestalten.

Epilepsie.

Unter den epileptischen Geistesstörungen zeigt sich die höchste Frequenz bei den Deutschen (beiderlei Geschlechtes). Es muß dies darum auffallend erscheinen, weil wir für den Alkoholismus die höchsten Zahlen bei den Nordslawen antreffen. Eine befriedigende Erklärung dafür zu geben, bin ich außer stande und muß mich damit begnügen, dies einfach zu konstatieren. Bei den Deutschen fand ich auch die meisten „klassischen“ Psychosen (religiöse Delirien etc.), während die Mehrheit der unter der Diagnose „epileptisches Irresein“ geführten übrigen Patienten Fälle epileptischer Demenz, Reizbarkeit etc. betrafen. (Über „pathologischen Rausch“ und „periodisch delirante Verworrenheitszustände“ vide die betreffenden Abschnitte; vielleicht, wie schon früher erwähnt, kompensiert die geringe Zahl slawischer Epileptiker die höhere Frequenz der „periodischen Delirien“ bei denselben.)

Hysterie.

Wer die besonders starke Disposition der jüdischen Rasse zur Hysterie kennt (eine Tatsache, die schon Charcot, aber ebenso zahlreiche andere Autoren erwähnen), wird über die relativ geringen Prozentsätze dieser Tabelle für jüdische Geisteskranke erstaunt sein. Es hängt dies wohl lediglich von äußeren Faktoren ab. Als hysterische Geistesstörungen

wurden hier vornehmlich die Psychosen etc. gezählt, die eben anstaltsbedürftig wurden, nicht die Neurose an sich mit ihrem habituellen Geisteszustande. — Die (sit venia verbo) schönsten Delirien mit religiösen und schreckhaften Phantasien sahen wir häufiger bei den Slawen und Ungarn.

Neurasthenisches Irresein.

Wie schon oben erwähnt, gehen unter dieser offiziellen Diagnose des österreichischen Morbiditätsschemas alle die Fälle psychopathischer Minderwertigkeiten, welche uns in der Form der Phobien, Zwangsvorstellungen etc. entgegentreten. Wir können auch hier wieder das Überwiegen der Juden konstatieren.

Alkoholische Geistesstörungen.

An der Spitze marschieren hier die Nordslawen (beiderlei Geschlechtes), während z. B. die Südslawen (meine Zahlen sind allerdings sehr klein für Letztere) hier relativ spärlich vertreten sind. Gleichwohl ist der Alkoholismus an sich auch bei Letzteren recht verbreitet. In zweiter Linie kommen dann die Deutschen (männliche Patienten; bei den weiblichen stehen an Frequenz zunächst die Ungarn, doch sind die Zahlen für die weiblichen Alkoholiker überhaupt zu gering, um bindende Schlüsse zu gestatten). Bei den männl. Pat. der Deutschen und Ungarn bilden die alkoholischen Psychosen die zweit häufigste Form der Geistestörungen; bei den Italienern, die bekanntlich als mäßig gelten, machen die Alkoholpsychosen in meinen Tabellen immerhin noch 10·24% aus. Doch muß berücksichtigt werden, daß erstens mein Material an italienischen Kranken überhaupt sehr gering ist und daß es sich nahezu ausschließlich aus den niedersten Volksschichten rekrutiert (italienische Bauarbeiter, Kaminfeger etc.). Von den einzelnen Formen überwiegt überall das typische Delirium tremens. Zur Halluzinose und dem Eifersuchtswahn stellen die Nordslawen das größte Kontingent. Die pathologischen Rauschzustände wieder sind bei den Deutschen häufiger als bei den Nordslawen (wie ja auch die epileptischen Geistesstörungen dasselbe Verhalten zeigen). Recht gering müssen die Zahlen für die Korsakow-Fälle genannt werden.

Morphinismus, Kokaïnismus etc.

Die „Süchtigen“, auch eine typische Erscheinungsform aus dem Heere der psychopathischen Minderwertigkeiten, bedienen sich, soweit unser klinisches Material in Betracht kommt, nahezu ausnahmslos des Alkohols. Morphinisten etc. spielen bei unserem klinischen Material nur eine geringe Rolle. Immerhin fällt auch bei der sehr geringen Zahl von Einzelfällen das Prävalieren der Juden auf.

* * *

Was nun die übrigen Nationalitäten Österreichs anbelangt, so habe ich zwar in den Tabellen III und IV die Summe der einzelnen Fälle notiert; doch sind die Gesamtzahlen zu gering, als daß ich, der persönlichen Erfahrung nach, hier zu rassenpsychopathologischen Fragen Stellung nehmen dürfte. Aus der Zusammenstellung der Statistiken in den Jahresberichten der diversen Irrenanstalten Schlüsse abzuleiten, hat, wie ich schon eingangs erwähnte, in Anbetracht der Uneinigkeit in der Terminologie und Klassifikation der einzelnen Beobachter, wohl wenig Wert. Immerhin mag, der Vollständigkeit halber, im folgenden der Versuch gemacht werden, betreffs einiger minder strittiger Punkte das zusammenzutragen, was an wichtigeren Mitteilungen über die Geistesstörungen der übrigen europäischen Völkerstämme vorliegt.

Bei den Deutschen selbst scheinen innerhalb der einzelnen Stämme gewisse psychopathologische Verschiedenheiten vorzuliegen. Kraepelin[1]) z. B. hebt in seinem Lehrbuche die außerordentliche Selbstgefährlichkeit der Geisteskranken in Sachsen hervor, während in Bayern und der Pfalz eine unvergleichlich geringere Selbstmordneigung anzutreffen sei. Anderseits zeichnen sich die Geisteskranken Ober- und Niederbayerns durch höhere Gewalttätigkeit aus als die Patienten Sachsens; bei den Kranken der Pfalz sei große Unruhe bemerkbar.

Auch Albrecht[2]) macht auf die Möglichkeit ethnographischer Verschiedenheiten aufmerksam, als er die Frequenz der Dementia praecox bespricht, er zitiert die hohen Ziffern Wilmans für das manisch-depressive Irresein und Dipsomanie in Baden und der Pfalz.[3]) Die Selbstmordstatistiken würden gleichfalls für eine verschiedene Disposition zum Suizide bei den deutschen Stämmen sprechen, welche, im ganzen genommen, wie schon früher erwähnt, überhaupt nächst den Dänen das größte Kontingent zu den Selbstmördern stellen. Gruner,[4]) Wagner,[5]) Morselli,[6]) Gaupp[7]) u. a. fanden die höchsten Ziffern bei den Sachsen. (Vergleiche damit die vorhin zitierte Angabe Kraepelins).

Die früher erwähnte gesteigerte Disposition der Deutschen zu Depressionszuständen scheint auch anderen rein germanischen Nationen z. B. den Dänen eigen zu sein, wie Bannister & Hectoën, Spitzka, Buschan[8]) u. a. zeigen. Habgood[9]) berichtet über die Geistesstörungen in Norwegen, daß 32% Melancholien 27% Manien entgegenstehen. Nur die schwe-

[1]) Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie, VII. Aufl., I. Bd., p. 107.

[2]) Albrecht, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie etc., 1905., 62. Bd., p. 659. „Zur Symptomatologie der Dem. praecox."

[3]) Wilmans, Zentralblatt für Nervenheilkunde 1905, Nr. 180.

[4]) Gruner, Inauguraldissertation, Berlin 1903. „Selbstmord in der deutschen Armee."

[5]) Wagner, zit. nach Rehfisch. „Der Selbstmord." Berlin 1893.

[6]) Morselli, „Der Selbstmord." 1881 (deutsch von Kurella).

[7]) Gaupp, „Über den Selbstmord." 1905, München.

[8]) Buschan, mit reichl. Literatur, l. c.

[9]) Habgood, Journal of mental science, 1892, p. 41. „Lunacy in Norway."

dischen Anstaltsausweise würden ein Überwiegen manischer Zustandsbilder ergeben (Hjertström[1]), ebenso sah Ziemann[2]) auf den Faröern mehr Manien.

Bei den Romanen, Slawen und Kelten prävalieren durchgehends die Exaltationszustände an Frequenz, nur die Klein-Russen seien (nach Buschan) mehr zur Melancholie disponiert.[3])

In der Selbstmordstatistik stehen diese Völker auch alle hinter den Deutschen zurück. „In Österreich, Italien, Frankreich, Rußland, Skandinavien zeigen die Teile mit vorwiegend germanischer Bevölkerung eine sehr viel höhere Selbstmordziffer als die slawische, keltische und romanische Einwohnerschaft" (Gaupp).[4]) In demselben Sinne spricht sich Buschan aus, Mathews u. a. Dänemark ist das an Selbstmorden reichste Land, Spanien und Rußland geben die geringsten Prozentsätze (Gaupp), ebenso die Türkei (Riegler). Bei der Frage nach der relativen Frequenz von Melancholie und Manie spreche ich überall nur im Sinne von Zustandsbildern, wie ich ja dies in meinen früheren Erörterungen andeutete. Auf eine vergleichende Untersuchung der Häufigkeit der Amentia, Paranoia und Dementia praecox, diesen strittigsten Kapiteln der Psychiatrie, glaube ich — aus naheliegenden Gründen —, mich lieber gar nicht einlassen zu sollen.

Bei der progressiven Paralyse bewegen wir uns auf sichererem Boden; da lassen sich, meines Erachtens nach, die einzelnen Angaben doch eher miteinander vergleichen. Im großen und ganzen scheint die Häufigkeit der Paralyse bei den einzelnen westeuropäischen Nationen keine wesentlichen Differenzen aufzuweisen. Der traurigen Ausnahmsstellung, welche diesbezüglich die Ungarn einnehmen, wurde schon oben gedacht. Bei anderen osteuropäischen Völkerschaften kommen aber in entgegengesetztem Sinne bemerkenswerte Ausnahmen vor. In Bosnien z. B. ist trotz nahezu endemischer Verbreitung der Lues die progressive Paralyse sehr selten (Bermann,[5]) Kötschet[6]) Glück), ebenso in Griechenland (Samborn[7]), woselbst sie übrigens in der letzten Zeit allmälich an Frequenz gewinne (Mitafti[8]). Auch bei den Türken steht die relative Seltenheit der Paralyse (und Tabes) in einem auffallenden Gegensatze zur Verbreitung der

---

[1]) Hjertström, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie etc. Bd. 47, p. 194.

[2]) Ziemann, Archiv für Tropen- u. Schiffshygienie, 1900. „Gesundheitsverhältnisse auf den Faröern," p. 382.

[3]) Buschan, l. c.

[4]) Gaupp, „Der Selbstmord." München 1905, pg. 9 ff.

[5]) Bermann, zit. nach Kraepelin, Lehrbuch etc.

[6]) Kötschet, Wiener Medizin. Wochenschrift, 1904, p. 1110 ff. „Paralys. progressiva und Syphilis, mit Berücksichtigung der in Bosnien und Herzegowina gesammelten Erfahrungen." (Zit. das. auch Glück u. Bermann.)

[7]) Samborn, Journal of mental science, 1893, p. 338. „Insanity in Greece."

[8]) Mitafti, Düring, Christ, zit. nach Scheube, Archiv etc.

Syphilis (Düring-Pascha, Christ, Riegler[1]), und die in Konstantinopel lebenden Armenier (also nicht finnisch-ural-altaischer Abstammung), bei welchen die Paralyse wieder häufiger ist, bilden eine bemerkenswerte Ausnahme (Kötschet). Nur bei Mendel[2]) fand ich (aus dem Jahre 1880) die Angabe: „In Konstantinopel ist die Zahl der Paralytiker, wie ich mich im vorigen Jahre selbt überzeugt, eine verhältnismäßig große und nach der Angabe des Dr. Mongeri im Steigen begriffen." Immerhin weist ein mir von Kollegen Mongeri freundlichst zur Verfügung gestellter Jahresbericht[3]) von 1903 auffallend niedere Zahlen für Paralytiker auf.*)

Im Zusammenhang mit diesen Beobachtungen ist auch die Angabe Roscolis[4]) recht interessant, der auf Sizilien nur 6·13% Paralytiker unter allen Aufnahmen fand, während die entsprechenden Zahlen in Nord- und Mittelitalien viel höher und mehr unseren Verhältnissen entsprechend sind. Nach Verga[5]) herrscht die Paralyse besonders in Piemont und Ligurien vor. Relativ selten ist diese Krankheit auch in Spanien, in Portugal (Rey)[6]) und — in besonderem Gegensatze zu England — in Irland (Ashe)[7]).

Speziell bezüglich der Südslawen stimmen meine Zahlen (17%) für die Paralyse überraschend mit der Angabe Kötschets, der — im Gegensatze zu den schon erwähnten Verhältnissen in Bosnien — in den südslawischen Nachbarländern unter 3333 Aufnahmen 549 Paralytiker fand, also etwa 16%.

Bei dieser Gelegenheit sei ein interessanter Aufsatz Subotić'[8]) erwähnt, der über die sogenannten „Rusalien" in Serbien berichtet, eine „lokale periodisch wiederkehrende hysterische Epidemie" etwa nach einer Art „Tanzwut", z. B. der „Ramanajana" auf Madagaskar (vide später).

Bezüglich der alkoholischen Geistesstörungen und Rassenverschiedenheit liegen auch einige bemerkenswertere Daten vor, die hier, zunächst für Europa, kurz angeführt seien.

Die Alkoholseuche nimmt, wie bekannt, im allgemeinen „mit den Breitegraden zu; sie wird konstant häufiger, brutaler und in ihren Wir-

[1]) Riegler, „Die Türkei u. deren Bewohner." Wien 1852 (vide später), II. p. 308 ff.

[2]) Mendel, „Die progressive Paralyse" 1880, p. 226.

[3]) Mongeri, Bullet. de la société de médecine mentale de Belgique 1903. „Rapport annuel dela section des aliénés del'hôpital etc".

[4]) Roscioli, La paralysi progr. nell' Italia meridionale."

[5]) Verga, Archiv ital. di psichiatria etc. 1878, H. 6.

[6]) Rey, Annales médicopsycholog. 1879, II., p. 263. „Notes sur quelques asiles d'aliénés del'Amériquo du Sud, du Portugal et de l'Espagne."

[7]) Ashe, Journal of mental science 1876, April, p. 83. „Some observations on general paralyses."

*) Einer privaten Mitteilnng Kollegen Mongeris verdanke ich die Angabe, daß im großen und ganzen die Morbiditätsverhältnisse im Orient keine wesentlichen Differenzen gegenüber den westeuropäischen aufweisen.

[8]) Subotić, Jahrbüch. für Psychiatrie etc., 1902, p. 346.

kungen auf den Einzelnen wie auf die Gesellschaft um so verderblicher, je mehr wir uns den nördlichen Regionen nähern" (Bowditsh, nach Baer[1]) zit.) (conf. über die ganze Frage bes. Baer und Hoppe[2]). In ziemlich übereinstimmender Weise wird von den Autoren die Mäßigkeit der Bevölkerung und damit die geringe Frequenz der alkoholischen Geistesstörungen in Portugal, Spanien und Italien hervorgehoben, während die besondere Neigung zur Trunksucht gerade der skandinavischen und deutschen Völkerstämme eine ebenso bekannte wie traurige Tatsache ist. (Welchen Wandel in der Statistik des Alkoholismus die skandinavischen Länder übrigens dank einer zielbewußten, hingebungsvollen und begeisterten Antialkoholpropaganda in der letzten Zeit zeigen, ist zur Genüge bekannt.) In Österreich speziell zeigt der Alkoholismus in den Küstenländern (italienische und südslawische Bevölkerung) die geringste, in Galizien (nordslawische, polnische und ruthenische Bevölkerung) die größte Frequenz. Interessanter als diese ganz allgemein gehaltenen Angaben wären Berichte über die einzelnen Formen der alkoholischen Geistesstörungen, da z. B. betreffs des Delirium tremens sich recht bemerkenswerte Verschiedenheiten bei einzelnen Rassen ergeben (vide später: Japaner, Neger u. s. w.) und auch meine eigenen Erfahrungen einige Differenzen aufzudecken scheinen. Leider liegen über die relative Frequenz der einzelnen alkoholischen Psychosen bei den verschiedenen Nationalitäten, soweit mir die Literatur zugänglich war, keine detaillierten Berichte vor. Nur das Delirium tremens wird gelegentlich speziell erwähnt, ohne daß indessen überall hervorginge, ob ausschließlich Fälle dieses klinisch wohl umschriebenen Krankheitsbildes darunter subsumiert sind, oder auch andere Formen, wie die akute Halluzinose (Wernicke) etc., dazugezählt wurden. (Rey[3]) z. B., welcher keinerlei symtomatologische Verschiedenheiten zwischen dem „Delirium tremens" der Neger in Brasilien und den europäischen Fällen wahrnahm, spricht von den reichlichen Gehörstäuschungen, die doch zum Bilde des typischen Alkoholdeliriums nicht gehören.) Zudem sind die Angaben einzelner Autoren sehr wechselnd. Bei Baer heißt es z. B. von Griechenland, daß das Delirium tremens eine äußerst seltene Krankheit sei, während Vaassopoulos[4]) findet, daß dasselbe sehr häufig vorkomme; auch Rigler[5]) sagt, daß bei den Griechen der Säuferwahnsinn häufiger sei als bei den Türken. Bezüglich der Türken geben übrigens mehrere Autoren an, daß die strengen religiösen Vorschriften vielfach nur als Verbot des Weines ausgelegt und gehalten werden (in allzu wörtlicher Anlehnung an den heiligen Text), und daß der Schnaps-

---

[1]) Baer, „Der Alkoholismus." Berlin 1878, p. 145 ff., p. 281 ff.

[2]) Hoppe, „Die Tatsachen über den Alkohol." Berlin 1901, p. 127 ff., p. 152 ff. p. 196 ff.

[3]) Rey, Annales médicopsycholog., 1875, I., p. 75. „L'hospice Pedro II et les aliénés en Brésil."

[4]) Vaassopoulos, I. congrès des médecins Grécs. „La géographie nosologique dela Laconie." Constantinople 1883-

[5]) Rigler, Die Türkei und deren Bewohner. Wien 1852, I. p. 332, II. p. 285, 308.

konsum bei den Orientalen gleichfalls sehr verbreitet sei. Rigler z. B. wundert sich, relativ wenige Fälle von Delirium alcohol. gesehen zu haben im Verhältnis zur „unglaublichen" Zahl von Schnapssäufern. Dasselbe Mißverhältnis zwischen Delirium tremens und enormem Branntweinkonsum der Bevölkerung betont Ziemann[1]) nach seinen Erfahrungen auf den Faröern. Jedenfalls darf man sagen, daß die Frequenz des Delirium tremens (der nach meinen Tabellen häufigsten Form der alkohologenen Psychosen) durchaus nicht proportional sich gestaltet der Ausbreitung des chronischen Alkoholmißbrauches als solchen. Auch Baer führt mehrere Daten an, wonach in den letzten Jahrzehnten das Delirium tremens im Abnehmen und dafür die Erscheinungen des chronischen Alkoholismus im Zunehmen seien. Nach einer mündlichen Mitteilung Neissers an Stransky seien in Preußisch-Schlesien die Fälle alkoholischer Korsakoffscher Psychosen viel häufiger als bei uns. Chotzen[2]) fand unter 701 männlichen Alkoholikern 22, unter 78 weiblichen 16 (!) polyneuritische Psychosen, i. e. 3%, bezw. 20%.

---

[1]) Ziemann, l. c.

[2]) Chotzen, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie etc. 59. Bd., p. 660. „Zur Kenntnis der polyneuritischen Psychose."

II. Teil.

Geistesstörungen bei den außereuropäischen Völkerschaften.

Der Umstand, daß die Berichte über die Psychosen in den Tropen u. s. w. größtenteils verstreut in nicht immer leicht zugänglichen Zeitschriften niedergelegt sind, ferner die Erwägung, daß — wovon sich der Leser unschwer überzeugen kann — auch in neueren Lehrbüchern der Tropenkrankheiten, wie von Scheube[1]) und (1905) von Meuse[2]), die zitierte einschlägige Literatur vielfach noch ergänzt werden kann: möge die Publikation dieses zweiten Teiles meiner Studie rechtfertigen, bei welchem ich mich selbstverständlich auch nicht auf persönliche Beobachtungen berufen kann, aber durch möglichst vollständige Berücksichtigung der hiehergehörigen Publikationen einem anderen Bearbeiter irgend eines Spezialkapitels aus der Rassenpsychopathologie das mühsame Aufsuchen der Literatur vielleicht in wenig zu er e c htern vermag.

Arier.

Von den außereuropäischen arischen Völkerschaften kommen der Bedeutung nach nur die Perser und Indier in Betracht; leider liegen über Geistesstörungen bei diesen Völkern nur höchst spärliche Angaben vor.

Nach Ostrowskich[3]) ist in Persien die progressive Paralyse trotz enormer Verbreitung der Syphilis sehr selten; ganz dasselbe läßt sich sagen von den Indiern, wie die Nachforschungen Scheubes[4]) ergaben; auch Niven[5]) erwähnt, daß er bei der farbigen Bevölkerung niemals diese Form gesehen habe.

In Indien töten sich mehr Frauen als Männer (Gaupp[6]). (Über das Verhältnis der Geschlechter zum Suicide vgl. meine Arbeit über den Selbst-

---

[1]) Scheube, „Die Krankheiten der warmen Länder." 1900, p. 569 ff.

[2]) M'euse, Handbuch der Tropenkrankheiten. 1905, I. T. „Die Nerven- und Geisteskrankheiten etc." von Brero, p. 210—236.

[3]) Ostrowskich (zit. nach Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie, 1904. II. T. p. 377.

[4]) Scheube, Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, 1902. VI. Bd., p. 147 ff. „Die venerischen Krankheiten in den warmen Ländern."

[5]) Niven, Journal of mental science, 1873.

[6]) Gaupp, l. c.

mord.[1]) Bekannt sind die hysterisch-ekstatischen Zustände der indischen Fakire. (Analog den Bildern bei den marokkanischen Marabouts, bei den algierischen Beni-aiussos etc.)

Über die Frequenz der Haschischpsychosen in Indien gehen die Meinungen der Autoren ein wenig auseinander. Im Gegensatz zu Barnes[2]), Walsh[3]), Ireland[4]) u. a. meint Warnock[5]), daß in Indien speziell der Mißbrauch des indischen Hanfes und dessen verschiedener Präparate (Bhang, Mayun, Gandia, Charas etc.) nicht so deletär quoad Psychosen wirke wie z. B: in Ägypten. Derselbe Autor zählt folgende Formen psychischer Störung auf, die durch Intoxikation mit Cannabis indica hervorgerufen werden. (Es bezieht sich aber diese Schilderung, wie ausdrücklich bemerkt sei, auf ägyptische Geisteskranke.) Transitorische akute Vergiftung, Haschischdelirium, akute Haschischmanie, chronische Haschischmanie und dieHaschischdemenz. Unter Cannabinomanie versteht Warnock den habituellen Zustand derartiger Individuen ohne psychopathische Züge s. str., der alle Züge der Dégénérescence mentale an sich trägt. Es dürfte wohl schwer zu entscheiden sein, wie viel davon lediglich Folgeerscheinung der chronischen Vergiftung, wie viel kongenital ist als Ausdruck der allgemeinen psychopathischen Minderwertigkeit, welche bestimmte Individuen eben überhaupt „süchtig" werden läßt.

Alkoholismus und Alkoholpsychosen spielen in Indien keine Rolle. Der sehr verbreitete Opiummißbrauch (es wird gegessen in Indien und Persien, weniger geraucht[6]) zieht schwere Folgen in der nervösen Sphäre und im Allgemeinzustande (Ernährung u. s. w.) nach sich; auffallenderweise aber scheinen eigentliche Geistesstörungen nicht vorzukommen.[7]) Im großen und ganzen ist Irresein bei den Autochthonen Indiens überhaupt relativ seltener (Boudin[8]).

Semiten.

Einen sehr eingehenden Bericht über die Geistesstörungen bei den Arabern verdanken wir Meilhon.[9])[10]) Beim Vergleiche mit den Psy-

---

[1]) Pilcz, Jahrbücher für Psychiatrie, l. c.

[2]) Barnes, Journal of mental science, 1892.

[3]) Walsh, ibid. 1894.

[4]) Ireland, British medical Journal, 1893. II. p. 630. „Insanity from the abuse of indian hemp." (mit Diskussion).

[5]) Warnock, Journal of mental science, 1903, p. 96. „Insanity from hasheesh."

[6]) Rho in Menses Handbuch der Tropenkrankheiten, 1905, I. Bd., Kap. „Die Intoxikationskrankheiten." XVI., p. 278 ff. (mit Literatur).

[7]) Brero, ibid. p. 232.

[8]) Boudin, Traité de géographie et de statistique médicale, 1857, II., p. 297. „Del'aliénation mentale."

[9]) Meilhon, „L'aliénation mentale chez les Arabes." Annales médicopsychologiques, 1896, I, II, p. 17 ff.

[10]) Meilhon, ibid. T. XIII, Nr. 3, 1891, p. 384. „Contribution à l'étude de la paralysie générale considérée chez les Arabes."

chosen in Europa fallen mehrere Punkte auf. Erstens verdient die relative Seltenheit der progressiven Paralyse trotz enormer Ausbreitung der Syphilis hervorgehoben zu werden, ein Umstand, den auch andere Autoren, und zwar nicht nur betreffs der algierischen Araber, sondern auch von allen übrigen arabischen Stämmen, in übereinstimmender Weise betonen (Sandwirth,[1]) Battarel,[2]) de Brun[3]) etc.). Warnock[4]) meint übrigens, daß die Paralyse nur in den ägyptischen Anstaltsberichten so selten erscheine (3—6%), in Wirklichkeit häufiger vorkommen dürfte. Die Dementia paralytica tritt meist in ihrer manischen Form auf, wie überhaupt unter sämtlichen Psychosen die Exaltationszustände überwiegen, und ein gewalttätiger, expansiver Charakter den Hauptzug der arabischen Geistesstörungen bildet.[5])[6])

Bemerkenswert ist ferner der hohe Prozentsatz von alkoholischen Psychosen (22·89%) unter den Arabern, während Meilhon nur drei Kabylen unter seinen Fällen hatte. Bei Legrain[7]) fand ich die bemerkenswerte Angabe, daß trotz unmäßigen Alkoholismus bei den Kabylen alkoholische Geistesstörungen sehr selten sind, was also mit den Beobachtungen Meilhons stimmt. (Dagegen sah Legrain auffallend viel Lebercirrhosen.) Auch Pruner[8]) erwähnt schon, daß er Fälle von Delirium tremens in Ägypten nicht gesehen.

Die meisten der alkoholischen Geistesstörungen, über welche Meilhon berichtet, sind übrigens durch den gleichzeitigen chronischen Haschischmißbrauch (Kiffisme) kompliziert; dazu kommt, daß als übliches Getränk zumeist der Absinth dient. Von den Haschischpsychosen, welche in Ägypten, Arabien u. s. w. sehr verbreitet sind, wurde schon früher gesprochen.[9])[10]) Meilhon erwähnt außerdem bezüglich seiner Fälle, daß die Geistesstörungen infolge des „Kiffisme" sich durch besonders starke sexuelle Färbung auszeichnen. Auffallend hoch ist die Zahl der degenerativen Typen, wofür Meilhon gewiß mit Recht den besonderen Einfluß der Heredität verantwortlich macht, welch letztere durch religiöse Motive bedeutend gefördert wird. Meilhon zitiert bemerkenswerte Stellen aus den

[1]) Sandwirth, Journal of mental science. 1889, p. 473. „The Cairo lunatic asylum."

[2]) Battarel, Thèse de Montpellier 1902 (ref. Zentralblatt für Nervenheilkunde etc. 1903, Nr. 161). „Quelques remarques sur la paralysie générale chez les indigènes Muselmans algériens."

[3]) de Brun zitiert nach Scheube. Archiv f. etc.

[4]) Warnock, British medical Journal. 1899, II, p. 1500.

[5]) Voisin, Annales médicopsychologiques. 1873, IX, p. 491. „Les aliénés en Algérie."

[6]) Constans, ibid. (Diskussion zu Voisin.)

[7]) Legrain (ref. im Archiv f. Tropen und Schiffshygiene, IV. Bd.). Revue méd. de l'Afrique du Nord. 1899. „Notes sur la pathologie spéciale des indigènes etc."

[8]) Pruner, „Krankheiten des Orients", p. 303 ff., 1847, Erlangen.

[9]) Warnock, l. c. (Über Haschischpsychosen.)

[10]) Warnock, British medical Journal 1893. II, 813. „Indian hemp as a cause of insanity."

heiligen Schriften, wonach sexueller Verkehr mit Geisteskranken — und zwar nicht nur im Rahmen des ehelichen Lebens — ausdrücklich befohlen wird. Selbstmord gehört zu den großen Seltenheiten, was seinerzeit schon Moreau[1]) bemerkte, ebenso Warnock. Die zwei Selbsmorde, welche Meilhon beobachten konnte, betrafen nicht Fälle von Melancholie, die an sich bei den Arabern relativ selten ist, sondern je einen Fall von alkoholischer und epileptischer Geistesstörung. (Einen Fall von Melancholie sah auch Orgéas.)[2]) Auch Collardet[3]) betont das Vorwiegen tobsuchtartiger Erregungszustände, die schädlichen Folgen des Absinth- und Kiffmißbrauchs, das Fehlen der progressiven Paralyse. Nur Nitzsch[4]) zitiert eine Angabe von Pruner, wonach letztere bei den Arabern auch nicht so selten sei. Nitzsch berichtet übrigens in dem Sinne wie Meilhon über den sexuellen Verkehr zwischen Geisteskranken und Gesunden und erwähnt auch wieder die enorme Seltenheit des Selbstmordes, ebenso Pruner.

Zustände, die zweifellos der grande Hystérie zuzurechnen sind, wurden bei den marokkanischen Marabouts und (in Algier) bei den Beni-Aiussos beschrieben (Brero[5]).

Über die Geistesstörungen bei den Juden liegen relativ zahlreiche Publikationen vor. In übereinstimmender Weise betonen zunächst die Autoren die gesteigerte Disposition der jüdischen Rasse zu Geistesstörungen überhaupt. (Schüle,[6]) Kraepelin,[7]) Kirchhoff,[8]) v. Krafft-Ebing,[9]) Luys,[10]) Lunier,[11]) Lagneau,[12]) Boudin,[13]) Kerckhoff,[14]) Hubertz,[15])

---

[1]) Moreau, Annales médicopsychologiques, 1843.

[2]) Orgéas, Thèse de Paris, 1886. „Étude sur la pathologie comparée des races humaines etc."

[3]) Collardet, „Irrenwesen in Algier" (ref. in Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie etc., 1867. T. 24, p. 164).

[4]) Nitzsch, ibid. 1857, XIV. Bd, p. 1. „Psychiatrisches aus Ägypten."

[5]) Brero, Handbuch d. Tropenkrankheiten etc.

Mendel, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie etc. 1886. Bd. 42, p. 240. „Aus Ägypten"

Petersen, New-York medical Record 1891. 21. Mai. „The insane in Egyqt."

[6]) Schüle, Lehrhuch der Psychiatrie, 1878, p. 217.

[7]) Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie, 1896, p. 81.

[8]) Kirchhoff, Lehrbuch der Psychiatrie, 1892, p. 34.

[9]) v. Krafft-Ebing, Lehrhuch der Psychiatrie, 1888, p. 157.

[10]) Luys, Traité des maladies mentales, 1881.

[11]) Lunier, zitiert bei Trenga (vide d.).

[12]) Lagneau, Bulletins de l'académie de médecine, T. XXVI, III. s., 1891, p. 290 ff.

[13]) Boudin, Bulletins de la société d'anthropologie, 1863, T. IV, p. 386.
Boudin, Traité de géographie et de statist. médic. (zitiert nach Lagneau).

[14]) Kerckhoff, Bulletins de la société d'anthropologie, 1884, III. s., T. VII, p. 696.

[15]) Hubertz, zitiert nach Lagneau.

Kretzmer,[1]) Czermak,[2]) Epstein,[3]) Engländer[4]) und viele andere. In einer früheren Arbeit[5]) hatte ich die jüdischen Geisteskranken unserer Klinik in bezug auf ihre prozentuale Beteiligung an den bekannten nosologischen Typen zum Gegenstande meiner Untersuchungen gemacht und war u. a. zu folgenden Schlüssen gelangt: 1. Alkoholische Geistesstörungen kommen bei den Juden kaum vor; 2. bei jenen Geistesstörungen, bei welchen neben einer ihrem Wesen nach nicht näher aufgeklärten individuellen Prädisposition greifbare äußere Schädlichkeiten (Infektionskrankheiten, Vergiftungen endo- oder exogenen Ursprungs, zerebrale Herde etc.) eine Rolle spielen, macht sich ein Unterschied zwischen der jüdischen und nichtjüdischen Rasse nicht bemerkbar; 3. die jugendlichen Verblödungsprozesse, die Demenz nach akuten Psychosen und die Paralysis progressiva kommen bei den Juden viel häufiger vor; 4. zu Psychosen auf hereditär-degenerativer Basis erscheinen die Juden unverhältnismäßig stark disponiert. So fand ich z. B., während nach der letzten Volkszählung in Wien die Juden 8·86% der Bevölkerung bilden, beim periodischen Irresein 26·08%, bei der Paralyse 18·75%, bei dem neurasthenischen Irresein (Phobien etc.) 25% Männer, 40% Frauen, bei der sekundären Demenz 33·3% aller Kranken Juden. Hatte ich damals berechnet, mit wieviel Prozent der Gesamtaufnahmen an den einzelnen klinisch-psychiatrischen Formen die jüdischen Geisteskranken beteiligt seien, so liefern, als Ergänzung dazu, die Tabellen dieser Arbeit ein Bild von der Häufigkeit dieser bestimmten Typen, bezogen auf die jüdischen Geisteskranken selbst.

Es erübrigt noch, die hieher gehörigen Literaturangaben zu zitieren, welche im großen und ganzen mit den vorliegenden Untersuchungen im Einklange stehen. Hirschl[6]) fand unter seinen Paralytikern 20% Juden, Fishberg[7]) 18·05%, Beadles[8]) berechnet 21% Paralytiker unter sämtlichen jüdischen Geisteskranken, während diese Krankheit nur 13% der Gesamtaufnahmen bei der übrigen Bevölkerung ausmacht. Bezüglich der weiblichen Paralysen fand Beadles keine bemerkenswerten Unterschiede;

---

1) Kretzmer, St. Petersburger medizin. Wochenschrift, 1901, p. 231. „Über anthropologische, psychologische und pathologische Eigentümlichkeiten der Juden."

2) Czermak, Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie, 1858, p. 251. „Ein Beitrag zur Statistik der Psychosen."

3) Epstein, Psychiatr.-neur. Wochenschrift, 1902, p. 415. (Bemerkung in seinem Referate über meine Monographie: „Die periodischen Psychosen.")

4) Engländer, Die auffallend häufigen Krankheitsformen der Juden. Wien, 1902.

5) Pilcz, Annales médicopsychologiques, 1902, Janvier: „Sur les psychoses chez les juifs."

6) Hirschl, Jahrbüch. für Psychiatrie, Bd. XIV., p. 449. „Zur Ätiologie der progressiven Paralyse."

7) Fishberg, New-York medical Journal, 1901. „The comparative pathology of the Jews" (ref. nach Frank Hyde, American Journal of insanity, T. 58, p. 469. „Notes on the hebrew insane").

8) Beadles, Journal of mental science, 1900, p. 731. „The insane Jew."

auch Benedikt[1]) erwähnt die besondere Häufigkeit der progressiven Paralyse, ebenso Brosius.[2]) Nur Minor[3]) fand die progressive Paralyse bei den Juden fünfmal seltener als bei den Russen. Spitzka[4]) sah nur 10·29% Juden unter seinen Fällen von Paralyse; hingegen macht auch er auf die besonders hohe Disposition dieser Rasse zu den hereditär-degenerativen Formen aufmerksam. Als einer der Hauptrepräsentanten der Folie héréditaire ist das periodische Irresein anzusehen; die hohen Prozentsätze, welche die Juden dazu stellen, hatte ich schon seinerzeit[5]) in meiner Monographie erwähnt; dasselbe sagt Mickle.[6]) Die ungemeine Verbreitung der neurasthenischen und hysterischen Formen bei den Juden betonen Charcot,[7] Benedikt, Shuttleworth,[8]) Fletcher Beach,[9]) Tobler,[10]) Blanchard[11]) etc. In Übereinstimmung mit meinen Ergebnissen betreffs der schlechten Prognose (sekundäre Demenz und Dementia praecox) stehen die Angaben von Beadles, Spitzka, Brosius.

Bemerkenswert sind die Angaben Trengas[12]) über die algerischen Juden. Während bei meinen jüdischen Geisteskranken die alkoholischen Psychosen per se und der Alkoholmißbrauch als ätiologischer Faktor kaum in Betracht kommt — auch Brosius und Ellinger[13]) sagen dasselbe — konnte Trenga bei seinem Material in 17·6% schweren Alkoholismus erheben. Trenga betont gleichfalls die besondere Häufigkeit der hereditär-degenerativen Typen. Fishberg fand alkoholische Antezedentien in 5·516%, Savage[14]) sah „Moral depravity“ bei den jüdischen Geisteskranken sehr häufig und stark ausgeprägt.

Bezüglich der Manie und Melancholie gehen die Angaben der Autoren auseinander. Bannister & Hectoën[15]) konstatierte 17·6% Manien und 21·76% Melancholien; bei Spitzka lauten die entsprechenden Zahlen 11·27% und 9·8%; auch nach Buschan würden die Manien überwiegen. (Meine eigenen Ergebnisse vide oben.) Bemerkenswert erscheint mir

---

[1]) Benedikt, ibid., 1901, July. „On the insane Jew.“

[2]) Brosius, Psychiatrischer Verein der Rheinprovinz, 1902, 15. Nov., Bonn (ref. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie etc., LX. Bd., p. 269). „Die Psychose der Juden.“

[3]) Minor, Archives de Neurologie, 1889, Bd. XVII., p. 183. „Contribution à l'étude de l'étiologie du tabes.“

[4]) Spitzka, l. c.

[5]) Pilcz, „Die periodischen Geistesstörungen.“ Jena 1901.

[6]) Mickle, Annual meeting of the medico-psychological association, London, 1900.

[7]) Charcot, zit. nach Gilles dela Tourette. „Die Hysterie“, 1894, p. 73.

[8]) Shuttleworth, Annual meeting of the medico psycholog. association. London 1900.

[9]) Fletcher Beach, ibid.

[10]) Tobler, zit. nach Buschan, l. c.

[11]) Blanchard, Bulletins de la société d'anthropologie de Paris, 1863, T. IV, p. 700.

[12]) Trenga, „Sur les psychoses chez les Juifs d'Algerie“ Montpellier, 1902.

[13]) Ellinger, The medicolegal Journal, 1888, March.

[14]) Savage, Annual meeting of the medico psychological association. London 1900.

[15]) Bannister & Hectoën, l. c.

wieder das Verhalten der Selbstmordgefährlichkeit zu sein. Nicht nur, daß der Selbstmord an und für sich bei den Juden relativ seltener vorkommt (wie die Ergebnisse der Untersuchungen von Masaryk,[1]) Gaupp[2]) und mir zeigen), scheinen auch jüdische Geisteskranke eine geringere Tendenz zum Suicide zu zeigen als nichtjüdische Patienten. Bei meinem eigenen Material [3]) beobachtete ich Selbstmordversuche in 8% männlicher und 9·12% weiblicher jüdischer Pfleglinge, während die entsprechenden Ziffern bei dem nichtjüdischen Krankenmaterial 16% und 18% ausmachen. (Nur Singer[4]) fand die Zahl der jüdischen Selbstmörder ein wenig größer, als dem allgemeinen Durchschnitt entsprechend; für die Seltenheit des Suicides bei den Juden sprechen aber u. a. auch die Untersuchungen von Trusen.[5]) Nur noch eine Bemerkung. Brosius meinte u. a., daß es eine spezifische Psychosis judaica nicht gibt. Gewiß nicht in dem Sinne, daß eine symptomatologisch wohl umschriebene Krankheitsform damit gemeint ist, die nur bei Juden vorkomme. Allein wenn man ausdrücken will, daß bei den Juden viel häufiger durchaus atypische Bilder vorkommen, die in keine der bekannten Formen sich einreihen wollen, die jeder sicheren Prognose spotten, welche die bunteste Kombination degenerativer Züge bei erworbenen „exogenen" Geistesstörungen darbieten, u. s. w., in dem Sinne darf man wohl nicht von einer „Judenpsychose", aber von „Judenpsychosen" sprechen.

Buschan[6]) weist darauf hin, daß z. B. selbst in Palästina die Juden unverhältnismäßig stark zu Psychosen disponiert sind. Dies sowie der Umstand, daß auch bei den Weibern sich diese erhöhte Disposition in gleichem Maße findet, spricht dafür, daß nicht das Moment des erschöpfenden Gehirnlebens allein, der struggle for life, die Schäden der „Zivilisation" zur Erklärung des Prävalierens jüdischer Geisteskranken ausreichen.

Im Anhang an die Geistesstörungen bei den Semiten seien hier auch die Berichte über die Psychosen in Abessynien angeführt (die Bevölkerung stellt ein anthropologisch schier unanalysierbares Konglomerat dar, zu dem auch die semitische Rasse einen Einschlag gegeben haben soll).

In Abessynien ist die progressive Paralyse trotz enormer Verbreitung (80·0%!) der Lues unbekannt (Goltzinger[7]). Das Delirium tremens hingegen

---

[1]) Masaryk, „Der Selbstmord," Wien 1881.

[2]) Gaupp, „Über den Selbstmord", München, 1905.

[3]) Pilcz, Jahrbücher für Psychiatrie etc., Bd. XXVI, 1905, p. 294. „Zur Lehre vom Selbstmord."

[4]) Singer, „Allgemeine und spezielle Krankheitslehre der Juden," Leipzig 1905.

[5]) Trusen, „Die Sitten, Gebräuche und Krankheiten der alten Hebräer," Breslau 1853.

[6]) Buschan l. c.

[7]) Goltzinger, „Geistesstörungen in Abessynien". Obosren. psychiatr. (ref. in Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. LV, 1898, p. 240. Zit.)

sei, entsprechend der starken Alkoholseuche, recht häufig (Paulitschke).[1] Immerhin sah Holtzinger[2] unter 13000 Kranken überhaupt nur 12 Fälle von Psychosen und darunter weder Paralyse noch eine alkoholische Geistesstörung. Selbstmord wird nur selten beobachtet.

Mongolische Rasse.

Am besten sind wir instruiert über die Geistesstörungen bei den Japanern.

Nach Sakaki[3][4] überwiegen manische Zustandsbilder weitaus über die depressiven. Auffallend ist der geringe Prozentsatz (2%) von Paralytikern unter den Gesamtaufnahmen. Auch Grimm[5] hebt hervor, daß trotz verbreiteter Lues Tabes und progressive Paralyse in Japan sehr selten seien. Sakaki erwähnt auch speziell die Seltenheit des typischen Alkoholdeliriums, trotzdem das Getränk Sake, mit dem gewohnheitsmäßiger Mißbrauch getrieben wird, sehr alkoholreich ist. (Vrgl. die analogen Angaben bezüglich der Neger.) Das Gros der alkoholischen Geistesstörungen bildet in den Tabellen Sakakis die „Alkoholische Manie" (Mania transitoria e potu, pathologischer Rauschzustand?). Auch Wernich[6] bemerkt, daß, obwohl die Gewohnheitssäufer nicht so selten seien, man nicht dieselben deletären Wirkungen sehe wie bei unseren Branntweintrinkern. Wernich, der nebenbei interessante Angaben über die hochentwickelte differenzierende Terminologie der japanischen älteren Psychiatrie bringt, erwähnt auch, daß die akuten Psychosen starke Tendenz zu raschem Übergang in sekundäre Abschwächung zeigen. Der chronische Opiummißbrauch mit seinen Folgeerscheinungen, der bei den Chinesen sehr verbreitet ist, kommt in Japan nicht vor. Interessante Aufschlüsse über die Geschichte der Psychiatrie in Japan geben Sakaki und besonders Sh. Kure.[7] Einer anderen Studie Sh. Kures[8] können wir entnehmen, daß die Selbstmordgefährlichkeit Geisteskranker in Japan beiläufig dieselben Verhältnisse aufweist wie bei uns, d. h. in erster Linie ist die Melancholie zu nennen, dann kommt die Paranoia etc. Bemerkens-

---

[1] Paulitschke, zit. nach Holtzinger.

[2] Holtzinger (wohl identisch mit Goltzinger), Psychiatrisch neurologische Wochenschrift, 1900, p. 465 ff. „Psychische und Nervenkrankheiten in Abessynien."

[3] Sakaki, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie etc., 1892, Bd. 48, p. 109. „Erläuterungen zu den statistischen Tabellen aus der städtischen Irrenanstalt zu Tokio."

[4] Sakaki, ibid. 1884, Bd. 42, p. 144. „Über das Irrenwesen in Japan." (51. Versammlung des psychiatr. Vereines, Berlin.)

[5] Grimm, Ärztliche Beobachtungen auf Yezo." 1900. Berlin.

[6] Wernich, Geographisch-medizinische Studien nach den Erlebnissen einer Reise um die Erde." Berlin 1878.

[7] Sh. Kure, Jahrbücher f. Psychiatrie etc., Bd. XXIII, p. 1. „Geschichte der Psychiatrie in Japan."

[8] Sh. Kure, ibid., Bd. XVII., p. 271. „Über Selbstmord und Selbstmordversuche bei Geisteskranken."

wert ist das Überwiegen weiblicher Individuen darum, weil überhaupt. im Gegensatz zu den europäischen Statistiken, der Selbstmord in Japan beim weiblichen Geschlechte häufiger ist. (Sh. Kure[1]), Eguchi.[2])

Bei den Aïnos beschrieb Sakaki[3]) als „Imubacco" eine endemische Form psychischer Störung, die sich durchaus analog dem „Latah" darstellt (vide d.). Sakaki hebt die schwere Dégénérescence mentale der Aïnos hervor (bedingt durch unmäßigen Potus und Konsanguinität).

Eine interessante Erscheinungsform hysterischer Psychosen stellen die verschiedenen Formen des Besessenheitswahnes dar, wobei entsprechend dem Volksaberglauben besonders der Fuchs (Kitsune-tsúki), dann der Dachs (tamuki-) und der Hund (Inu-) eine Rolle spielen. Zumeist werden weibliche Individuen von dem Wahne befallen, daß eines dieser Tiere in sie gekrochen sei; die Kranken imitieren deren Gewohnheiten, heulen u. s w. (Recht drastisch wirkt die Schilderung der Exorzismuszeremonien in den Schilderungen von Sh. Kuro[4]), Scheube[5]) u. a.) Rekonvaleszenz nach erschöpfenden fieberhaften Krankheiten erhöht die Disposition zu diesen Zuständen. (Baret[6]), Baelz[7]), etc.)

Viel dürftiger sind die vorliegenden Berichte über Geistesstörungen bei den Chinesen. Roß[8]) erwähnt beiläufig, daß die in New-South-Wales wohnenden (eingewanderten) Chinesen relativ selten an Psychosen erkranken, im Verhältnis zur übrigen nicht autochthonen Bevölkerung, und daß er bei denselben keine alkoholischen Psychosen beobachtete. Nach Wilkins[9]) unterschieden sich die Psychosen der Chinesen nicht von denen der Europäer, nur wären sie bei Ersteren weniger häufig. Auch bei den Chinesen stellen weibliche Individuen zum Selbstmord das größere Kontingent (nach Matignan[10]).

Der Suicid scheint überhaupt bei den Chinesen häufiger zu sein (Rasch, Browring[11]).

---

[1]) B. Kure, } zit. nach Sh. Kure, Bd. XVII., p. 271.
[2]) Eguchi, }

[3]) Sakaki, Neurologia, 1902, 2. Heft, p. 7. „Über das Imubacco, eine dem Jumping etc nahe verwandte Neurose des Aïnovolkes."

[4]) Sh Kure, l. c.

[5]) Scheube, Handbuch der Tropenkrankheiten. 2. Aufl.

[6]) Baret, Annales médicopsychologiques, 1892, Bd. I, p. 453. „Sur un délire névropathique avec dédoublement de la personnalité observée en Japon, le „Kitsúne-tsúki" ou possession par le renard."

[7]) Baelz, zit. bei Baret.

[8]) Ross, „Race and insanity in New-South-Wales, International medical congress of Australasia. Melbourne 1889.

[9]) Wilkins, Diskussion zur Association of the medic. Super. of Amer. Institutes for the insanes American Journal of insanity 1886, October.

[10]) Matignan, Archives d'anthropologie criminelle 1897, p. 365. „Le suicide en Chine."

[11]) Browring, Kingdom and people of Siam, 1857, zit. bei Rasch, l. c. (Virch. Arch.)

Die progressive Paralyse ist jedenfalls auch unter den Chinesen eine Seltenheit, trotz der Verbreitung der Lues und des Vorkommens von Hirnsyphilis. Dies sagt z. B. Grieve[1]) von den Chinesen in Br.-Guyana. Unter sämtlichen chinesischen Patienten in New-South-Wales beobachtete Manning[2]) keinen einzigen Fall von progressiver Paralyse, Gilmore Ellis[3]) sah unter 134 chinesischen Patienten nur zwei Fälle von dieser Krankheit (die obendrein diagnostisch unklar waren), Bauer[4]) sah einen einzigen Fall von progressiver Paralyse etc. Auch nach Scheube[5]) ist dieses Leiden außerordentlich selten, was um so bemerkenswerter ist, als z. B. Fälle syphilitischer Hemiplegien recht häufig zur Beobachtung gelangen.

Der Alkoholismus spielt keine Rolle. Trotz reichlichen Opiummißbrauches beobachtete Ellis[5]) bei den chinesischen Pfleglingen in Singapore keine Opiumpsychosen; Donald[7]) welcher ebenfalls den abusus opii der Chinesen berührt, meint, daß die zahlreichen Fälle von Epilepsie und epileptischen Psychosen, die er unter den chinesischen Geisteskranken fand (in Br.-Guyana), nicht auf Rechnung des Opiummißbrauches gesetzt werden könnten, da diese Formen bei den indischen Kulis, welche dasselbe Narkotikum im Übermaß gebrauchen, nicht so häufig seien. Die Häufigkeit der Epilepsie und Hysterie bei den Chinesen (in Südchina) hebt auch Wittenberg[8]) hervor. Das Opium wird übrigens von den Chinesen meist geraucht (in Form der „Tschandu"-Präparate. (Rho[9]).

Über die Psychosen bei anderen mongolischen Rassen besitzen wir noch weniger verwertbares Material. Eine in Sibirien endemische Form psychischer Störung führt den Namen „Miriachit"[10]). Diese und ähnliche Zustände der Lappen[11]) finden unter „Latah" der Malaien noch Erwähnung. Bei den Katschinzen (in Sibirien) beschrieb Pallas[12]) eine Art menstru-

---

[1]) Grieve, British medical Journal 1881, II, p. 905. „The etiology of general paralyse."

[2]) Manning, Journal of mental science, 1889, p 125, April. „Nationality and insanity in Australian ahorigines." (Intercolon. medical congress, Melhourne, January, 1888.)

[3]) Gilmore Ellis, l. c. (ref. von Rasch, Neur. Zentralbl.).

[4]) Bauer, zit. nach Brero, Bd. 55.

[5]) Scheube, Archiv für Tropen- und Schiffshygiene, 1902. Bd. VI, p. 147 ff. „Die venerischen Krankheiten in den warmen Ländern."

[6]) Ellis, l. c. (vide später).

[7]) Donald, Journal of mental science, April 1876, „Notes on lunacy in British Guyana."

[8]) Wittenherg, Archiv für Schiff- und Tropenhygiene, 1900, Bd. IV, p. 1. „Ärztliche Erfahrungen aus Südchina."

[9]) Rho, Handbuch etc.

[10]) Hammond, La medicina contemporanea, 1884, p. 126. „Myriachit, nuova malattia del systema nervoso" und British medical Journal, 1884, I, p. 758. „Myriachit, a newly described disease of the nervous system and its analogues."

[11]) Högström, zit. nach Bastian. „Der Mensch." 1860, p. 562.

[12]) Pallas, Reise durch die verschiedenen Provinzen des russischen Reiches, 1771, St. Petershurg (zit. hei Bartels und Buschan).

[13]) Tokarski, „Meriachit etc." (Ref. Neurolog. Centralblatt, Bd. IX. pag. 662.)

ellen Irreseins. Nach demselben Autor kämen epileptoide Erregungszustände bei den Samojeden, Tungusen etc. zur Beobachtung; ferner unter dem Einflusse plötzlichen Schreckes, sinnlose Wutanfälle, welche der Beschreibung nach, durchaus dem Amok der Malayen ähneln. (Bartels[1].)

Malaiische Rasse.

Hauptsächlich durch Brero[2]) und Kraepelin[3]) ist uns über das Irresein der malaiischen Rasse ziemlich viel bekannt.

Interesse beanspruchen vor allem zwei häufige Formen psychischer Alienation, die vielfach — wenn auch mit Unrecht — für der malaiischen Rasse spezifisch betrachtet wurden, das Amok und Latah. Die Schilderungen über das „Amoklaufen" („meng amok") lauten bekanntlich dahin, daß das betreffende Individuum meist ohne längere Prodromi plötzlich eine Waffe ergreift (gewöhnlich den malaiischen Kris) und nun blindwütend umherjagend jede ihm begegnende Person niedersticht. In anderen Fällen geht dem Amok ein mehrere Tage bis Wochen (Scheube[4]) währender depressiver Zustand voraus, in welchem die Kranken finster brütend sich von der Außenwelt zurückziehen. Unmittelbar vor dem Anfalle wird dem Kranken schwarz oder rot vor den Augen, worauf („mataglap" sagen die Eingebornen von diesem Zustand*) das Morden beginnt. Zuweilen beschließt ein Suicid das grauenvolle Bild. Viele derartige Kranke wurden einfach niedergeschossen. In den Fällen, in welchen der Amokläufer lebend überwältigt und in Sicherheit gebracht werden konnte, konstatierte man nach dem Anfalle, der Minuten bis Stunden währt und meist von soporähnlichem Schlafe gefolgt ist, nur höchst summarische Erinnerung bis vollständige Amnesie, zuweilen schreckhafte Halluzinationen (Teufel, Tiere). Die Ähnlichkeit derartiger Zustände mit den Anfällen psychischer Epilepsie springt in die Augen (perakutes Einsetzen, kurze Dauer, blindwütende Agressivität, Amnesie) und wird auch von den meisten Autoren betont (Brero, Kraepelin, Hak Tuke[5]), G. Ellis[6]) etc.)

Kraepelin läßt übrigens auch die Möglichkeit offen, daß es sich hiebei um larvierte Malariatyposen handeln könnte oder um Katatoniker.

---

[1]) Bartels, zit. nach Brero (Handbuch etc.).

[2]) v. Brero, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie etc., Bd. 55, p. 25. „Einiges über die Geisteskrankheiten der Bevölkerung des malaiischen Archipels etc."

[3]) Kraepelin, Zentralblatt für Nervenheilkunde etc., 1904, p. 433. „Vergleichende Psychiatrie."

[4]) Scheube, „Die Krankheiten der warmen Länder." Jena, 1900, p. 569, 575, 639.

[5]) Hak Tuke, Diskussion zu G. Ellis.

[6]) Gilmore Ellis, Journal of mental science, 1893, p. 325. „The amok of the malays."

*) Befremdend für den Kenner der einschlägigen Literatur wirkt eine Bemerkung Däublers (Archiv f. Schiffs- und Tropenhygiene, Bd. I, p. 295. „Über die gegenwärtige Stellung der Tropenpathologie.") (p. 308) „....dann das Amoklaufen, ein maniakalischer Zustand, auch die Mataglap, eine Art Paranoia mit Gesichtstäuschungen."

Brero macht aufmerksam, daß der Zustand des echten Amok viel seltener sei, als man gewöhnlich annimmt, speziell trete er nicht endemisch auf, wie Rasch[1]) meint; Amok zeige sich bei Epilepsie, periodischer Manie, Schwachsinnsformen, aber auch selbständig bei vielen Minderwertigen. Chairmann[2]) untersuchte einen angeblichen Amokläufer, wobei sich herausstellte, daß der Kranke infolge von Gehörstäuschungen bei völlig klarem Sensorium seine Mordtaten verübt hatte.

Blandford[3]) beobachtete derartige Zustände bei Kulis infolge Mißbrauchs von Bhang (eines Hanfpräparats); Bartels[4]) bei den Jakuten und Samojeden; es ist dies um so bemerkenswerter, als es zeigt, daß entgegen der Anschauung von Rasch, Burg[5]) u. a. Amok nicht spezifisch für die malaiische Rasse ist. Auch Hak Tuke und Ireland[6]) messen dem Cannabis indica eine ätiologische Bedeutung für den Amok bei. Die meisten Fälle von Amok betrafen Männer.

Eine andere interessante Form stellt das Latah dar, welches Brero[7]) als „hereditäre zerebrale Neurose" definiert, „wobei nach Provokation Echokinesie, Echolalie und Koprolalie entsteht." Eine spätere Definition desselben Autors lautet: „Latah ist eine funktionelle, paroxysmatisch auftretende und meist von einem Schreckaffekt eingeleitete Nervenkrankheit, bei welcher auf imperatorischem Wege, und zwar gegen den Willen und trotz lebhaften Unlustgefühles des Kranken, Bewegungen (Handlungen und Laute) zur Ausführung gebracht werden." Durch Berührung oder unter der Einwirkung eines plötzlichen Schreckens geraten manche Individuen (hauptsächlich Weiber) in einen Zustand, in dem sie — bei erhaltenem Sensorium, vielfach ganz gegen den eigenen Willen — alles nachahmen und nachsprechen müssen, was ihnen vorgemacht bezw. vorgesprochen wird; auch Züge typischer Koprolalie zeigen sich. Gilmore Ellis[8]) will Letzteres als Art psychischer Epilepsie aufgefaßt wissen, während er für die erstere Erscheinung die Erklärung hypnotischer Suggestion heranzieht. Tuke[9]) betrachtet das Latah als religiöse Hysterie, wogegen G. Ellis, gewiß mit Recht, polemisiert; Rasch[10]) spricht gleichfalls von

[1]) Rasch, Neurologisches Zentralblatt, 1894, p. 550. „Über Amok."

[2]) Chairmann, Diskussion zu G. Ellis.

[3]) Blandford, Diskussion zu G. Ellis.

[4]) Bartels, zit. bei Brero (Handbuch etc.).

[5]) Burg, zit. bei Brero, l. c.

[6]) Ireland, l. c. 1893, Bd II, p. 630.

[7]) v. Brero, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie etc., 1895, Bd. 51, p. 939. „Über das sogenannte „Latah", eine in Niederländisch Ostindien vorkommende Neurose" und Handbuch der Tropenkrankheiten etc.

[8]) Gilmore Ellis, Journal of mental science, 1897, p. 32. „Latah, a mental malady of the malays."

[9]) Tuke, Dictionnary of psycholog. medicin.

[10]) Rasch, Neurologisches Zentralblatt, 1895, p. 856, „Über die Latahkrankheit der Malaien."

einer Art „suggestiver Beeinflussung oder imitativer Wirkung der Suggestion". Das Latah ist auch keineswegs spezifisch für die Malaien. Die meisten Autoren heben die Übereinstimmung hervor, die zwischen dem Latah der Malaien und dem Miryachit (Sibirien), Yumping (nordamerikanische Indianer), Mali-mali (der Tagalen auf Maila), Baxi (Bangkong) Yaun (Birma) u. s. w. besteht. (Außer den genannten Autoren noch Hammond[1], Mickle[2], Cooke[3], Rho[4]) u. a.) Auch bei den Lappen wurden ähnliche Zustände beobachtet (Högström).

Es ist aber nun erwähnenswert, daß die klassischen Neurosen Epilepsie und Hysterie an sich bei den Malaien recht selten zu sein scheinen. (Gilmore Ellis[5], Brero, Mickle, Rasch[6]) u. a.) Speziell bezüglich des Latah erwähnt Brero, daß er bei den betreffenden Kranken keinerlei Stigmen gefunden hat. Brero erwähnt außerdem eigenartiger, entschieden der „grande hystérie" zugehöriger Zustandsbilder, die in der Form eines Besessenheitswahnes auftreten (Shamanismus), und betont die Ähnlichkeit derselben mit analogen Zuständen bei den algierischen Beni-Aiussos, den indischen Fakieren etc.

Ramisiray[7]) und Lasnet[8]) schilderten eine auf Madagaskar epidemisch auftretende, meist 14—25jährige weibliche Individuen befallende Tanzwut „Ramanajana" (i. e. „die nicht ruhig bleiben können").

Was die übrigen Psychosen anbetrifft, so ist wieder die enorme Seltenheit der progressiven Paralyse trotz starker Verbreitung der Lues höchst auffallend und wird von allen Autoren angegeben. (Rasch, Kraepelin, Gilmore Ellis, Brero[9]) den Steinen u. a.)

Die Megalomanie trete bei den Eingebornen mehr in den Vordergrund als bei den Weißen und Mischlingen. (Brero 1899.) Alkoholmißbrauch und damit das Heer der alkoholischen Geistesstörungen ist den Malaien fremd. (Brero, Kraepelin, G. Ellis, Ludeking.[10]) Psychosen s. str. infolge des Opiummißbrauchs werden auffallenderweise nicht beobachtet.

---

[1]) Hammond, l. c.

[2]) Mickle, } Diskussion zu G. Ellis, Journal of mental science, 1896, p. 209.
[3]) Cooke, }

[4]) Rho, „Malattie predomin. nei paesi caldi e temperati", Turin 1897 (ref. Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, Bd. II, p. 261).

[5]) Gilmore Ellis, Annual medical report on the civil hospitals of the Straits-settlements, 1891 (ausführlich ref. von Rasch, Neurolog. Zentralblatt, 1893, Nr. 2).

[6]) Rasch, Virchow-Archiv, Bd. 140, p. 327. „Über das Klima und die Krankheiten im Königreich Siam", p. 380.

[7]) Ramisiray, Thèse de Paris, 1901. „Ramanajana, Manie dansante etc."
Idem, Gazette hebdomad. de médec., 1901, p. 862.

[8]) Lasnet, Annales d'hygiène et médec. coloniales (ref. Psychiatr.-neurologische Wochenschrift, 1900, p. 440.

[9]) Brero, „Dementia paralytica in Neederl. Ostindien." Psychiatr. en neurol. Bladen 1899, p. 344 (ref. Psych. Wochenschrift, 1900, p. 440).

[10]) Ludeking, Geneskundige Topographie von Agam, 1867, p. 108.

Depressive Zustandsbilder sind recht selten; (Brero sah nie eine Melancholie.) der Selbstmord wird kaum je beobachtet.[1]) Manische Zustandsbilder dagegen werden häufig angetroffen; auch bei der „Amentia“, die nach Brero die häufigste Krankheitsform der Malaien ist, zeigen sich Züge der Exaltation, während sie, falls sie in einen sekundären Zustand übergeht, das Bild der apathischen Demenz darbietet. Ungemein häufig sei die periodische Manie. Vom Standpunkt gewisser Heilversuche ist besonders interessant, daß Brero auch bei den malaiischen Geisteskranken die Beobachtung von dem günstigen Einflusse akuter fieberhafter Infektionen auf eine bestehende Psychose machen konnte. Kraepelin fand auch bei den Malaien Fälle von Dementia praecox; speziell betreffs der Katatonien bemerkt er, daß dieselben in ihrer Symptomatologie im Verhältniss zu unseren Fällen sich recht dürftig darstellen.

Über eine eigenartige epidemisch auftretende periodische Tobsucht unter den Frauen von Mittel-Sumatra berichtet v. Hasfels[2]). (Sâki-si-djoendaï.) Buschan (l. c.) führt noch zwei andere Formen malaiischer Psychosen an, Sâki-si-mabou-boengó und Sâki giloë, ohne nähere Beschreibung. Brero erwähnt das Vorkommen konträrer Sexualempfindung auf Java, Rencurel[3]) der „Sarimbavy“ auf Madagaskar („invertis asexués“) Endlich verdient eine eigenartige Zwangsvorstellung (Koro) notiert zu werden, des Inhalts, daß der Penis in die Bauchhöhle zurückschlüpfen und so den Tod des Individuums hervorrufen könne. (Blonk.[4])

---

[1]) Dies geben wenigstens Rasch, Broro und Kraepelin an; nach Steinmetz[5]) aber wäre der Selbstmord auf dem Archipel recht häufig (l. c.).

[2]) v. Hasfels (zit. nach Brero, Bd. 55.)

[3]) Rencurel, Annales d'hygiène et de médecino navale, 1900, Nr. 4.

[4]) Blonk, zit. bei Brero, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie etc., 1897, Bd. 53, p. 569. „Koro, eine eigentümliche Zwangsvorstellung.“

[5]) Steinmetz, Amerikan. Anthropologist, 1894, Jan. „Suicid among primitive peoples.“

[6]) Heymann, „Versuch einer Darstellung der Krankheiten in den Tropenländern.“ Würzburg 1855, p. 14. „Über Amok“ (zit. nach Rasch).

[7]) Virchow, Verhandlungen der Berliner anthropologischen Gesellschaft, 1891, p. 838, T. XXIII. „Die wilden Eingebornen von Malacca.“

[8]) Browne, Provinc. med. Journal Sidney, 1887, zit. bei G. Ellis, 1897. „Latah.“

[9]) Bartels, „Medizin der Naturvölker.“ Leipzig 1893, p. 212 (Kap. XII). „Geisteskrankheit und Epilepsie.“

[10]) Wilken, Handleidnig tot de vergleichkende Volkenkunde van Nederl. Ind. 1893 (zit. bei Brero, Bd. 55).

[11]) O'Brien, Journal of the straits etc. Singapore, Juni 1883.

[12]) Kohlbrugge, „Die Krankheiten des Bergvolkes auf der Insel Java.“ Archives internation. pour l'histoire de la médecine, 1897 (ref. Archiv f. Schiffs- u. Tropenhygiene, Bd. II, p. 242.)

[13]) Scheube, Eulenburgs medizin. Realenzyklopädie, 3. Aufl., Bd. XIII. p. 283. „Latah.“

[14]) Rasch, „Zur geographischen Pathologie Siams.“ Janus 1897. I. März (ref. Archiv f. Schiffshygiene, Bd. II, p. 303).

[15]) Gimlette, British medical Journal 1897, II, pag. 455. „Remarks on the etiology, symptoms and treatment of Latah etc.“

[16]) Voustmann, „Koro“ cit. in Scheube's Handbuch.

Brero[1]) erwähnt die auffallende Seltenheit des Vorkommens von Othaematom und Dekubitus. Ich möchte dafür als die einfachste Erklärung die Seltenheit der progressiven Paralyse heranziehen (vgl. speziell über Dekubitusbildung die Bemerkungen d. Verf. über Blutdruckmessungen bei Geisteskranken[2]).

Indianer von Amerika.

Ungemein dürftig sind unsere Kenntnisse über die Geistesstörungen bei den Indianern. Nicht einmal über den Punkt herrscht Klarheit, ob Irresein bei denselben häufig ist oder nicht. Ersteres behaupten z. B. Saurel[3]) und Rosse[4]) (betreffs der Indianer von Südamerika), letzteres Buttler[5]) und Lake[6]) (betreffs der Rothäute von Nordamerika). (Bei Buschan fand ich die Notiz: „Ed egualmente Coindet nota la frequenza di psicosi fra gli aborigeni del Messico", während ich einem Referat über Coindet & Cavaroz[7]) „Irresein in Mexiko" die Bemerkung entnahm, daß Irresein bei den Indianern nicht vorkomme.) Nach Holder[8]) wäre bei den Sioux Epilepsie und Hysterie sehr häufig (auch die Dämmerzustände), während die akuten Psychosen sich nur selten vorfänden. Rebourgeon[9]) wieder behauptet, Hysterie nur selten angetroffen zu haben. Bemerkenswert ist die Angabe Buschans[10]), daß der sehr verbreitete Alkoholmißbrauch bei den Rothäuten häufiger zu Epilepsie als zu Delirium tremens führt; in diesem Sinne sprechen sich auch Havelock Ellis und Kahl[11]) aus. Der bei den Indianern Perus übliche chronische Cocamißbrauch führt abgesehen von anderen nervös-somatischen Störungen, Zustände geistiger Verwirrtheit herbei, Delirien mit Tobsuchtsanfällen, Sinnestäuschungen verschiedener Art. (Rho.[12])

Der Selbstmord ist bei den Indianern Nordamerikas eine häufige Erscheinung, weniger bei denen Südamerikas. (Steinmetz.[13]))

---

[1]) Brero, Menses Handbuch der Tropenkrankheiten, 1905, I. T. „Die Nerven- und Geisteskrankheiten in den Tropen". p. 210—236.

[2]) Pilcz, Wiener Klinische Wochenschrift, 1900, Nr. 12. „Über Ergebnisse von Blutdruckmessungen bei Geisteskranken."

[3]) Saurel, [4]) Rosse, [5]) Buttler, } zit. bei Buschan.

[6]) Lake, Transactions New-York medical Soc., 1902. „The civilized Indian" etc. zit. bei White.

[7]) Coindet & Cavaroz, (ref. Allgemeine Zeitschrift für Phsychiatrie etc., 1867, Bd. XXIV, p. 159).

[8]) Holder, New-York medical Record., 1892, 17., 24. Sept. (ref. Lancet, 1892, Bd. II, p. 947).

[9]) Rebourgeon, zit. nach Buschan.

[10]) Buschan, Jahresversammlung des Vereines Deutscher Irrenärzte zu Dresden, 21. bis 22. September 1894. „Einfluß der Rasse auf die Häufigkeit und die Form der Geistes- und Nervenkrankheiten."

[11]) Kahl, zit. nach Buschan.

[12]) Rho, in Menses Handbuch etc., l. c.

[13]) Steinmetz, American anthropologist, 1894, Jan. „Suicide among primitive peoples."

Über die bei den nordamerikanischen Indianern häufig vorkommende eigentümliche „Yumping-Krankheit" vide das über „Latah" der Malayen berichtete; als einzige Differenz gegenüber Latah ist das Überwiegen männlicher „Yumper" hervorzuheben. (Beard[1])

Der Vollständigkeit halber sei hier noch eine Angabe Reys zitiert[2]) über Geistesstörungen in Brasilien. Freilich geht aus seinen Tabellen nicht hervor, wie auf die einzelnen Rassen daselbst sich die verschiedenen Formen verteilen. Die Manien überwiegen beträchtlich die Melancholien. Progressive Paralyse und Alkoholpsychosen seien selten. Die „Hypoémie, tropique" bedingt durch Anchylostum. duodenale (Opilaçao) führe gelegentlich zu schweren Depressionszuständen und Selbstmord. (Mello Brandao.[3]).

Geistesstörungen bei den Negern.

In übereinstimmender Weise geben die Autoren an, daß Irresein bei den Negern, welche unter den europäischen Kulturbedingungen ähnliche Verhältnisse versetzt sind, ungleich häufiger zu konstatieren ist als bei denen, welche unter einfacheren Lebensbedingungen und einem primitiveren Milieu leben. Am besten bekannt und am deutlichsten zeigte sich dieser Unterschied bei den Negern der amerikanischen Freistaaten, speziell während und nach der Epoche des Sklavenbefreiungskrieges. Freilich wies Jarvis[4]) nach, daß die ungeheure Differenz von etwa 1 : 11 (Neger in der Sklaverei gegenüber Negern in den Nordstaaten) doch zu hoch gegriffen sei und auf Fehlern der offiziellen Statistik beruhe. Das rapide Ansteigen von Geistesstörungen seit der Emanzipation betonen u. a. Witmer[5]), Buschan[6]), Topinard[7]), Galt[8]), Hall[9]).

Was die einzelnen klinischen Formen betrifft, so wären melancholische

---

[1]) Beard, Journal of nervous and mental disease, 1880, p. 487.

[2]) Rey, l. c. 1879.

[3]) Mello Brandao, Rivista medica die Janairo. 1876, (zit. bei Rey, ibid.).

White, Journal of nervons and mental diseases, 1903, p. 257. „Geographical distribition of insanity in the united states."

Rothschuh, Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, Bd. II, p. 69. „Tropenmedizinische Erfahrungen aus Nicaragua." (Diese Arbeit sei hier der Vollständigkeit halber zitiert; doch geht nicht hervor, auf welche Rasse sich die einzelnen Beobachtungen (Seltenheit der Paralyse etc.) beziehen. Die Bevölkerung enthalte 20% Indianer, 2% Weiße, wenige Chinesen, der Rest sind Mischlinge.)

[4]) Jarvis, American Journal of medical science, 1844, January. „Insanity among the coloured popnlation of the free states."

[5]) Witmer, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1891. „Geisteskrankheit bei der farbigen Rasse in den Vereinigten Staaten." (Idem, Alienist and neurologist 1891, January.)

[6]) Buchanan, L'union médicale 1886, 14. Août. „La folie dans la race noire(" ref. Annal. méd.-psych. 1886, p. 487, T. 44).

[7]) Topinard, zit. nach Buschan.

[8]) Galt, Treatise on insanity (zit. bei Hall).

[9]) Hall, Alienist and neurologist, 1903, p. 103. „Insanity in the negro."

Zustandsbilder sehr selten (Babcock[1]), Spitzka[2]) u. a.); dementsprechend ist ja auch der Selbstmord bei den Negern ungemein selten. (Bannister & Hectoën, Babcock, Weir[3]) etc.)[*]) Dagegen sollen manische Zustandsbilder ganz bedeutend überwiegen. Idiotie ist relativ häufig. (Godel, Buschan[4])[5]) Die progressive Paralyse, dieses Produkt der „Zivilasition und Syphilisation" (v. Krafft-Ebing) fordert in der letzten Zeit auch unter den Negern immer mehr Opfer,[6]) während noch 1883 Roberts und 1886 Powell[7]) keinen einzigen derartigen Fall unter den Vollblutnegern finden konnte. Immerhin erscheint der Prozentsatz für Paralyse auch nach neueren amerikanischen Statistiken bei den Weißen doppelt so groß wie bei den Negern in New-York und 20mal größer als bei denen in Südafrika. Nach Kiernan[8]) sei die Paralyse bei den Negern überhaupt erst nach Aufhebung der Sklaverei aufgetreten. Ziemann[9]) hat nie einen Fall von Paralyse unter den Negern in Kamerun gesehen, ebensowenig in Westindien und Venezuela, trotz enormer Verbreitung der Syphilis. Dasselbe sagt Scheube[10]) gestützt auf reiche persönliche Erfahrung und die Ergebnisse zahlreicher Umfragen. Auch Munoz[11]) betont die relative Seltenheit dieser Psychose bei den Negern und bringt die interessante, aber vereinzelt dastehende Beobachtung, daß bei denselben die Fälle weiblicher Paralysen überwiegen. Von klinischem Interesse ist, daß die typische Megalomanie bei den Negern weniger ausgesprochen sei als bei den Weißen. (Witmer, Buschan.)

Die Hysterie findet sich recht häufig (nach Buschan, der dafür mehrere Autoren zitiert) und zwar sowohl bei den Negern im Urzustande wie bei den „Zivilisierten". Psychische Epilepsie berechnet da Rocha[12]) mit 10·5%.

---

[1]) Babcock, The Alienist and neurologist, 1895, October. „The coloured insane."

[2]) Spitzka, l. c. (6. 37%).

[3]) Weir, Medical record, 1895. „Suicide in the united states."

[4]) Godel, Bulletins de la société d'anthropologie, 1892, p. 189.

[5]) Buschan, Zur Pathologie der Neger (ref. Zentralblatt für Nervenheilkunde etc., 1903, p. 642, und Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, 1902, p. 331).

[6]) Berkley, John Hopkins hospital bullet., 1893, p. 34. „Dementia paralytica in the negro."

[7]) Roberts, Powell, zit. nach Babcock.

[8]) Kiernan, Journal of nervous and mental diseases. 1885, p. 290. „Insanity among the negros."

[9]) Ziemann, ibid. 1902, p. 271, Bd. VI. „Beiträge zur Pathologie der warmen Länder mit besonderer Berücksichtigung der Cap-Verdischen Inseln."

[10]) Scheube, Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene etc.

[11]) Munoz, Annales médico-psycholog., 1866, Bd. I, p. 188. „Quelques mots sur la démence paralytique observée à l'île de Cuba."

[12]) da Rocha, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie etc., 1898, p. 133. „Bemerkungen über das Vorkommen des Irreseins bei den Negern."

[*]) Nur Pruner (l. c.) meint, daß die Neger in Ägypten häufig Hand an sich legen.

Das typisch zirkuläre Irresein scheint seltener zu sein (Drewry[1]); Peixoto[2]) zählte in sämtlichen Fällen „manisch-depressiven" Irreseins in Rio de Janairo 19% Neger), während die periodische Manie wieder häufiger ist (nach da Rocha 17·5% aller Negerpsychosen).

Sehr bemerkenswert ist, daß alkoholische Geistesstörungen trotz der enormen Trunksucht, welche zu Lebercirrhose etc. führt, sehr selten zu sein scheinen (da Rocha, Buschan; Orgéas[3]) erwähnt nur einen Fall von Delirium tremens). Nur Rey[4]) sah bei den Negern Brasiliens viele Alkoholpsychosen. Erwähnenswert ist ferner, wie Kiernan berichtet, daß die degenerativen Typen der Psychosen bei den Negern viel weniger häufig zur Beobachtung gelangen. Hall will die impulsiv verübten sexuellen Delikte und namentlich die sadistischen Akte der Neger in Analogie zu dem „Amok" der Malayen bringen und weist dabei auf die sonst geradezu „sprichwörtliche" Anhänglichkeit der Neger hin, welche sie gegenüber der Familie der Weißen bekunden.

Über die Geistesstörunden bei den Hottentotten und Kaffern geben die Abhandlungen von Greenlees[5])[6]) Aufschluß. Die Hottentotten sind viel mehr zu Psychosen disponiert, als die Kaffern. Die progressive Paralyse unter den farbigen Einwohnern der Kapkolonie ist so gut wie unbekannt. Von allen Geistesstörungen ist die „Manie" mit 67% vertreten, während unter 473 Aufnahmen nur 31 Fälle von Melancholie vorkamen, darunter ein einziger Kasus mit Suicidtendenz. Unter den ätiologischen Faktoren ist besonders Alkohol und das Rauchen von Dagga (ähnlich dem indischen Hanf) anzuschuldigen.

Australneger.

Detailliertere Studien über Geistesstörungen bei den Australnegern mangeln vollständig. Den wenigen vorliegenden Berichten ist zu entnehmen, daß die progressive Paralyse bei diesen Volksstämmen fast nie vorkommt,

---

[1]) Drewry, Journal of mental and nervous diseases, 1895, Nr. 4, p. 223. „Circular insanity. Report of three cases."

[2]) Peixoto Afranio, 1904, Nr. 28. A medicina contemporan. „A locura maniaco-depressiva" (zit nach Brero, Handbuch etc.).

[3]) Orgéas. Thèse de Paris, 1886.

[4]) Rey, l. c.
Santelli, ibid. 1893, p. 479.
Boudin, Annales d'hygiène de Paris, 1860, Bd. XIII, p. 310 ff.
Havelock Ellis, Man and woman, 1894, p. 223 (zit. nach Buschan).
Rey, New-York medical Record, 1888, 14. July.
Rufz, Annales d'hygiène publ. Paris, 1856, Bd. II, p. 425.
Andr. Judson, American Journal of insanity, 1887, p. 192.

[5]) Greenlees, Journal of mental science, 1895. p. 71. „Insanity among the natives of South-Afrika."

[6]) Greenlees, American Journal of insanity, 1894, p 519. „A contribution to the statistics of insanity in Cap colony."

(Manning[1]), Ross[2]), Scheube.[3]) — (Nur bei Urguhart[3]) heißt es ganz allgemein, daß er in den australischen Irrenanstalten viele Fälle von Paralysis gesehen, ohne daß aber gesagt wäre, ob sich diese Beobachtung auf Eingeborne oder eingewanderte Europäer beziehe) — daß die Polynesier ein relativ größeres Kontingent zum Irresein stellen (den Steinen[5]), Gunn[6]), daß die Exaltationszustände („Manien") die Melancholien an Frequenz übertreffen, daß der Selbstmord ungeheuer selten sei (Dawson[7]), Urguhart) und daß die Zahl der Geistesstörungen durch Bekanntwerden mit europäischen und indischen „Kulturprodukten" (Alkohol und Cannabis indica) stetig ansteige (Barnes[8]), während bei den Australnegern im Urzustand Irresein fast nie beobachtet werden kann. (Curr[9]), Dawson, Boudin[10]) etc.). Die Prognose der akuten Psychose sei (nach Manning) sehr ungünstig. Bartels[11]) erwähnt kurz Melancholien bei den Australnegern.

* * *

Alle die hier angeführten Daten und Berichte zusammenfassend, dürfen wir vielleicht folgendes sagen:

Die skandinavisch-germanischen Stämme zeigen die größte Neigung zu Depressionszuständen; bei ihnen wird auch Selbstmord am häufigsten beobachtet.

Zu den hereditär-degenerativen Geistesstörungen stellen die Juden im Verhältnis zur übrigen Bevölkerung das größte Kontingent.

Der Alkoholismus und die alkoholischen Geistesstörungen kommen vorzugsweise bei den europäischen Völkern vor. Unter diesen sind es wieder die Nordslawen und Germanen, unter denen die Alkoholpest am meisten wütet, während die Romanen sich mehr durch Mäßigkeit auszeichnen. Bei außereuropäischen Rassen scheint der Alkoholismus speziell quoad Psychosen nicht dieselben Folgen zu haben wie bei uns; namentlich das typische Delirium wird viel seltener angetroffen, auch dort, wo der Alkoholismus eingeschleppt wurde.

---

1) Manning, l. c. und „Insanity in Australian aborigines with a brief analysis of 32 cases." International medical congress of Australasia. Melbourne 1889, p. 857.

2) Ross, l. c. (p. 849).

3) Scheube, Arch. f. Schiffshygiene etc.

4) Urguhart, Journal of mental science, 1880, p. 480. „Three australian asylums."

5) d. Steinen, l. c. (Arch. f. Psych.).

6) Gunn. Journal of mental science, 1892, p. 477.

7) Dawson, Australian aborigines, p. 61 (nach Manning zitiert).

8) Barnes, „Notes on insanity in Br.-Guyana" (ref. Journal of mental science, 1892, July, p. 119. „The Br.-Guyana medical annual and hospital reports").

9) Curr, „The australian race." p. 208 (zit nach Manning).

10) Boudin, „Traité de géographie etc méd." 1857, T. II, p. 297. „De l'aliénation mentale."

11) Bartels, l. c.

Süchtige, d. h. Individuen, welche gewohnheitsmäßig mit Narkotika Mißbrauch treiben, gibt es in allen Erdstrichen. Nur das Narkotikum selbst wechselt. Wo das Volksgift nicht der Alhohol ist, ersetzt ihn das Opium, der Haschisch, die Coca u. s. w.

Endemisch und epidemisch auftretende hysterische Geistesstörungen, wie sie in früheren Zeiten in Europa bekannt waren, gibt es jetzt daselbst nicht oder kaum je sporadisch. Dergleichen treffen wir aber bei niederen Rassen an, welche überhaupt zur Hysterie und auch Epilepsie mehr disponiert erscheinen.

Die progressive Paralyse stellt in ihrer erschreckenden Häufigkeit eine traurige Spezialität Europas dar. Außerhalb Europas ist sie trotz stellenweise geradezu enormer Verbreitung der Syphilis sehr selten. Daß aber die „Zivilisation“ als zweiter Faktor auch nicht zur Entscheidung ausreicht, zeigen die Japaner, bei welchen die Paralyse gleichfalls sehr selten ist.

K. u. K. Hofbuchdruckerei Karl Prochaska, Teschen.

VERLAG VON FRANZ DEUTICKE IN LEIPZIG UND WIEN.

1904 und 1905 sind neu erschienen:

Jung, Prof. Dr. C., **Lehrbuch der zahnärztlichen Technik.** Mit 330 Abbildungen. Zweite, umgearbeitete und erweiterte Auflage. Preis M. 8.–

Jung, Prof. Dr. C., **Das Füllen der Zähne und die verwandten Arbeiten.** Mit 276 Abbildungen. Preis M. 7.—

Jung, Prof. Dr. C., **Leitfaden der Zahn- und Kieferkorrektur.** Mit 165 Abbildungen. Preis M. 5.—

Karplus, Doz. Dr. J. P., **Über Familienähnlichkeiten an den Großhirnfurchen des Menschen.** Mit 20 Tafeln in Lichtdruck. Preis M. 5.—

Kornfeld, Dr. Ferd., **Gonorrhöe und Ehe.** Eine klinische und volkshygienische Studie. Preis M. 5 —

Kornfeld, Dr. Ferd., **Ätiologie und Klinik der Bakteriurie.** Preis M. 2.—

Landesmann, Dr. E., **Die Therapie an den Wiener Kliniken.** Ein Verzeichnis der an denselben gebräuchlichen Heilmethoden und Rezepte. Siebente, umgearbeitete und vermehrte Auflage nebst einem Anhang: Physikalische Heilmethoden. Herausgegeben von Dr. Otto Marburg. Preis M. 7.—

Lindheim, Alfred von, **Saluti aegrorum.** Aufgabe und Bedeutung der Krankenpflege im modernen Staat. Zweite Auflage. Preis M. 7.—

Mandl, Doz. Dr. L. und Bürger, Dr. O., **Die biologische Bedeutung der Eierstöcke nach Entfernung der Gebärmutter.** Klinische und experimentelle Studien. Mit 6 Abbildungen und 14 Kurven im Text, sowie 13 Tafeln im Anhang. Preis M. 7.—

Marburg, Dr. O., **Mikroskopisch-topographischer Atlas des menschlichen Zentralnervensystems** mit begleitendem Texte. Mit einem Geleitwort von Prof. Dr. H. Obersteiner. Mit 5 Abbild. im Text u. 30 Tafeln in Lichtdruck. Preis M. 11.—

Marburg, Dr. O., **Die physikalischen Heilmethoden in Einzeldarstellungen** für praktische Ärzte und Studierende. Herausgegeben in Verbindung mit weil. Prof. Dr. C. Clar, Wien — Dr. E. Epstein, Wien — Sanitätsrat Dr. L. Ewer, Berlin — Doz. Dr. O. Förster, Breslau — Sanitätsrat Dr. R. Hatschek, Graefenberg-Wien — Doz. Dr. G. Holzknecht, Wien — Dr. M. Knoedl, Wien — Dr. H. E. Schmidt, Berlin — Doz. Dr. K. Ullmann, Wien. Mit 75 Abbildungen im Text und einer Tafel. Preis M. 6.—

Marfan, Prof. Dr. A B., **Handbuch der Säuglingsernährung und der Ernährung im frühen Kindesalter.** Nach der zweiten Auflage des französischen Originals übersetzt und mit Anmerkungen versehen von Doz. Dr. R. Fischl. Preis M. 12.—

Melicbar, Sektionsrat Dr. L., **Arzneizubereitungen und pharmazeutische Spezialitäten.** Mit einem Verzeichnis der in Österreich verbotenen Arzneizubereitungen, kosmetischen und sonstigen Mittel. Preis M. 2.—

Martius, Prof. Dr. F., **Krankheitsanlage und Vererbung.** Preis M. 1.—

Mindes, Mag. pharm. J., **Der Rezeptar.** Ein Leitfaden zum Selbstunterricht für Aspiranten der Pharmazie und selbstdispensierende Ärzte. Mit 68 Abb Preis M. 3.50

Minnich, Dr. W., **Das Kropfherz und die Beziehungen der Schilddrüsenerkrankungen zu dem Kreislaufapparat.** Mit 39 Abbildungen. Preis M. 4.50

Moro, Dr. E., **Diätetik und Therapie der Kinderkrankheiten.** Aus Prof. Dr. Th. Escherichs Klinik und Ambulatorium der Kinderkrankheiten. Preis M. 1.—

Neurath, Dr. R., **Die nervösen Komplikationen und Nachkrankheiten des Keuchhustens.** Klinische und anatomische Studien. Preis M. 3.—

Paul, Dir. Dr. G., **Der österreichische Gerichtsarzt.** Vademekum für die forensische Praxis für Ärzte und Juristen. Mit 18 Abb. im Text und einer Tafel. Preis M. 7.—

Peters, Sanitätsrat Dr., **Die neuesten Arzneimittel und ihre Dosierung inklusive Serum- und Organtherapie** in alphabetischer Reihenfolge. Für Ärzte und Apotheker. Vierte Auflage. Preis geb. M. 7.—

Pick, Prof. Dr. A., **Studien über motorische Apraxie und ihr nahestehende Erscheinungen; ihre Bedeutung in der Symptomatologie psychopathischer Symptomenkomplexe.** Mit 5 Abbildungen im Text. Preis M. 3.50

1904 und 1905 sind neu erschienen:

Pilcz, Doz. Dr. A., **Lehrbuch der speziellen Psychiatrie** für Studierende und Ärzte. Preis M. 5.—

Pirquet, Dr. C. Frh. v., und Schick, Dr. B., **Die Serumkrankheit.** Preis M. 4.50

Pollak, Dr. Emil, **Kritisch-experimentelle Studien zur Klinik der puerperalen Eklampsie.** Preis M. 4.—

Przibram, Doz. Dr. H., **Einleitung in die experimentelle Morphologie der Tiere.** Preis M. 4.—

Raimann, Dr. E., **Die hysterischen Geistesstörungen.** Eine klin. Studie. Preis M. 9.—

Raudnitz, Doz. Dr. R., **Sammelreferat über die Arbeiten aus der Milchchemie,** nebst eigenen kleinen Beiträgen. Bisher, seit 1903, 5 Hefte erschienen. à M. 1.—

Sahli, Prof. Dr. H., **Lehrbuch der klinischen Untersuchungs-Methoden** für Studierende und praktische Ärzte. Mit 291 Abbildungen im Text und 5 lithographischen Tafeln. Preis M. 24.—

Schauta, Prof. Dr. F., **Lehrbuch der gesamten Gynäkologie.** Eine Darstellung der physiologischen Funktionen und der Funktionsstörungen der weiblichen Sexualorgane im schwangeren und nichtschwangeren Zustande. Dritte Auflage. I. Teil: Geburtshilfe. Mit 212 Abbildungen im Text und einer lithographischen Tafel. Preis M. 12 —

Schauta, Prof. Dr. F. und Hitschmann, Dr. F., **Tabulae Gynaekologicae.** 29 mehrfarbige, auf Pausleinwand gedruckte lithographische Tafeln mit kurzem erläuternden Text. In Mappe. Preis M 120.—

Schlüter, Dr. med. et phil. R., **Die Anlage zur Tuberkulose.** Preis M. 7 —

Spitzmüller, Dr. W., **Über Therapie und Heilerfolge bei Skrofulose und chirurgischer Tuberkulose der Kinder** im Kaiserin Elisabeth-Kinder-Hospital in Bad Hall in Ober-Österreich. Preis M. 1.80

Stern, Dr. Richard, **Die pseudomotorische Funktion der Hirnrinde.** Preis M. 1.—

Swoboda, Dr. H., **Die Perioden des menschlichen Organismus** in ihrer psychologischen und biologischen Bedeutung. Preis M. 4.—

Swoboda, Dr. H., **Studien zur Grundlegung der Psychologie.** — I. Psychologie und Leben. — II. Assoziationen und Perioden. — III. Leib und Seele. Preis M. 2.50

Therapeutisches Jahrbuch. Kurze diagnostische, therapeutische und pharmakologische Angaben, entnommen der deutschen medizinischen Journal-Literatur. Zusammengestellt und geordnet von Dr. med. E. Nitzelnadel. XV Jahrgang. Preis M. 4.—. (Alle 15 Jahrgänge M. 36.— statt M. 50.50.)

Türkel, Dr. S., **Psychiatrisch-kriminalistische Probleme.** I. Die psychiatrische Expertise. — II. Über Zurechnung und Zurechnungsfähigkeit. — III. Psychopathische Zustände als Strafausschließungsgründe im Strafrechte. Preis M. 3.—

Unger, Doz. Dr. L., **Das Kinderbuch des Bartholomäus Metlinger 1457—1476.** Ein Beitrag zur Geschichte der Kinderheilkunde im Mittelalter. Preis M. 2.—

Vorberg, Dr G., **Kurpfuscher!** Eine zeitgemäße Betrachtung. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. H. Sahli. Preis M. 2.50

Waldheim, Dr. F. v, **Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Haut.** (Die Stachelzellnerven-Hypothese.) Preis M. 4.—

Waller, Dr. J. R. und Kaatz, Dr. M., **English-German and German-English Medical Dictionary.** I. Part.: Englisch-Deutsches medizinisches Wörterbuch. Zweite, vermehrte und verbesserte Auflage von Dr. Max Weiß. Preis geb. M. 4.—

Weidenfeld, Doz. Dr. St., **Beiträge zur Klinik und Pathogense des Pemphigus.** Preis M. 3.—

Zuckerkandl, Prof. Dr. E., **Zur vergleichenden Anatomie des Hinterhauptlappens.** Mit 27 Abbildungen im Text. Preis M. 3.—

K. u. K. Hofbuchdruckerei Karl Prochaska in Teschen

Date Due

Demco 293-5


3 9002 08775 7184

RC 602
906P